UNIVERSITATEA *SPIRU HARET*

FACULTATEA DE SOCIOLOGIE-PSIHOLOGIE

MONICA DELICIA AVRAMESCU

PSIHOLOGIA PERSOANELOR CU NEVOI SPECIALE

EDITURA FUNDAȚIEI *ROMÂNIA DE MÂINE* Bucureşti, 2007

CUPRINS

CAPITOLUL I – PERSOANELE CU NEVOI SPECIALE – CARACTERIZARE GENERALA

CAPITOLUL II – DREPTURILE PERSOANELOR CU NEVOI SPECIALE. DREPTURILE COPILULUI

CAPITOLUL III – ABANDONUL SI EXPLOATAREA PRIN MUNCA. ASISTENTA MATERNALA – ALTERNATIVA PENTRU ABANDONUL COPIILOR

CAPITOLUL IV – ABUZUL (FIZIC, PSIHIC, EMOTIONAL SI SEXUAL)

CAPITOLUL V - GRAVIDITATEA

CAPITOLUL VI – DROGOMANIILE. ALCOOLISMUL

BIBLIOGRAFIE

ANEXE

CAPITOLUL I

CARACTERIZAREA GENERALA A PERSOANELOR CU NEVOI SPECIALE

Ce înseamnă de fapt handicap? Termenul este o noțiune vagă, ambiguă, confuză, fiind introdus în literatură pentru a înlocui expresii traumatizante de genul: anormal, deficient, inadaptat, sau pentru a îngloba, într-un termen mai general, toate dificultățile întâmpinate de o persoană cu consecințe directe pe plan social. Handicapatul copil este persoana ale cărei aptitudini fizice, psihice, fie ele înnăscute, fie dobândite, sunt net inferioare copiilor de aceeași vârstă cronologică, el neputând fi recuperat în totalitate, ci doar într-un anumit grad, prin compensare sau ameliorare, în funcție de posibilitățile sale reale.

De-a lungul timpului au fost utilizați diferiți termeni considerați sinonimi: deficiență, incapacitate, handicap. Intre ei însă există diferențe.

Astfel, dacă **deficiența** se referă la situația intrinsecă ce se definește în termeni anatomici ca lipsa de integritate anatomica si functionala a unui organ (aspectul medical), **incapacitatea** apelează la aspectul funcțional (lipsa de capacitate, functionalitate limitata a activitatii fizice si/sau psihice a individului), iar **handicapu**l vizează aspectul social (consecințele concretizate în dificultăți de adaptare personală și socială, fiind o defavorizare a individului la cerintele mediului fizic si social).

Mai nou se folosesc termeni precum: **persoane in dificultate, persoane cu nevoi speciale, persoane cu cerinte educative speciale, persoane cu dizabilitati** etc., termeni considerati mai putin traumatizanti, mai putin stigmatizanti pentru persoanele in cauza; in plus aceasta terminologie induce cumva si ideea de posibilitate de interventie externa de tip recuperator, care sa faciliteze dobandirea autonomiei si insertiei, integrarii sociale a persoanelor in cauza.

In **categoria persoanelor cu nevoi speciale** putem include:

- persoanele cu diferite deficiente (mintale, senzoriale – vizuala, auditiva, fizice, comportamentale, de limbaj, polideficiente)
- copiii abandonati, copiii strazii
- persoanele abuzate (fizic, psihic, emotional si sexual), indiferent de varsta si sex
- femeile gravide si lauzele
- persoanele cu disfunctii psihice
- persoanele traumatizate emotional/psihic
- dependentii de diferite substante (alcoolicii, drogatii, fumatorii)
- persoanele eliberate din detentie
- batranii
- copiii apartinand diferitelor etnii (rroma de ex.)
- copiii „genii”.

Una dintre cele mai dramatice deficiente intalnite si in societatea romaneasca este deficiența mentală.Statistic vorbind, in Romania exista aproximativ 50.000 de copii cu dizabilitati intelectuale. Din numarul total de copii cu deficienta mintala de la noi din tara, primesc o forma de educatie de tip instituitionalizat aproximativ o treime, ceea ce este relativ putin in raport cu cerinta reala.

Deficienta mintala, care presupune lipsa totala a discernamantului (anticiparea consecintelor actelor personale si diferentierea intre bine si rau), se caracterizează în planul vieții psihice printr-o serie de trăsături generale specifice: vâscozitate genetică, heterocronie, rigiditate psihică, rigiditate a conduitei, deficiențe de comunicare, heterogenitate, heterodezvoltare intelectuală.Vâscozitatea genetică presupune existenta la copilul deficient mintal a unei dezvoltari anevoioase și neterminate. Dacă la normal, mai devreme sau mai târziu, construcția mintală se desăvârșește la nivelul operațiilor formale, la deficientul mintal -

îndeosebi debilul mintal - această construcție se împotmolește, stagnează, se oprește undeva în zona operațiilor concrete.

O caracteristică aparte a deficientului mintal este reprezentată de *infantilism, conduitele acestuia fiind marcate de interese puerile.*

O altă trăsătură specifică acestui deficient este reprezentată de rigiditate**,** la deficientul mintal „regiunile psihologice" nu permit schimbul funcțional între ele, schimb corespunzător vârstei cronologice, din cauza rigidității lor.

O altă caracteristică a deficientului mintal –heterocronia se refera la dezvoltrea psihologica diferita de la un sector la altul, heterocronia cea mai evidentă remarcându-se între dezvoltarea fizică şi cea mintală, între somatic şi cerebral. Ca atare, diferitele funcții şi procese psihice ale debilului mintal nu se dezvoltă echilibrat, dezvoltarea uneia putând fi în detrimentul alteia.

Toate funcțiile şi procesele psihice sunt afectate, într-un fel sau altul, de existența unui handicap, si cu atat mai mult cu cat acesta este de tip mintal.

Astfel, cel mai afectate sunt senzatiile algice si cele termice, acestea diminuand, cu atat mai mult cu cat gradul handicapului este mai mare.

O trăsătură definitorie deficientului mintal este caracterul descriptiv al celor percepute, explicația fiind totuşi prezentă sub forma ei naivă şi încărcată de enumerări, el realizand cu mai multa usurinta deosebirile dintre obiecte sau fenomene decat asemanarile dintre ele.

Nivelul mnezic al deficientului mintal, în majoritatea cazurilor (exceptând deficiențele severe, grave), nu este modificat în mod evident, memoria - în formele uşoare şi medii ale deficienței mintale – având astfel o funcție compensatorie, suplinind insuficienta dezvoltare a proceselor cognitive, superioare, ea fiind prezenta in forma ei mecanica, de scurta durata, lipsită de suplețe şi fără posibilitatea de utilizare a datelor stocate în situații noi.

Personalitatea deficientului mintal este asadar un sistem decompensat.

Am detaliat putin deficienta mintala, intrucat este una dintre deficientele cele mai complexe, care frecvent este tratata cu o atitudine tip resemnare sau stigmatizare din partea societatii, considerandu-se ca ar fi mai mult decat inutile orice eforturi in directia recuperarii.

O alta categorie aparte de persoane cu nevoi speciale sunt cele integrare prin diagnosticare in categoria sindroamelor „celebre”tip: **Asperger, autism, sindrom hiperkinetic, sindromul deficitului de atentie (ADHD).**

Raportandu-ne la persoanele care au ADHD in perioada copilariei, se constata statistic ca un procent de 50-60% dintre acestia manifesta caracteristici specifice acestui sindrom si in tinerete si la varsta adulta. Alte date de ordin statistic accentueaza pe incidenta crescuta a acestui sindrom – ADHD - in tarile dezvoltate si pe prezenta mai putin reprezentativa in tarile subdezvoltate sau in cele in curs de dezvoltare.

Indiferent insa de tipul de deficienta la care ne raportam, trebuie sa avem in vedere nesesitarea depistarii ei de cat mai de timpuriu, pentru realizarea unui diagnostic complet si complex (inclusiv diferential - intra si inter categorii de dizabilitati) si stabilirea unei posibile strategii individualizate de interventie de tip recuperator care sa aiba drept obiectiv ultim integrarea sociala a persoanelor cu deficienta.

La ora actuala, in Occident sunt considerate a fi eficiente, prin rezultatele concrete, vizibile, obtinute pe diferitele categorii de dizabilitati, strategiile educationale ce implica o abordare pedagogica de tip integrativ, incluziv.

Actualmente, in domeniul recuperatoriu al copiilor cu tulburari de dezvoltare mai ales, se dovedesc a fi mai eficiente abordarile terapeutice de tip comportamental, si mai putin cele de tip medical sau psihologic.

Utila este aplicarea in recuperare, mai ales la copiii cu diferite forme de dizabilitate, a terapiei de tip ludic (prin joc- concret si creativ/simbolic), a terapiei prin invatare (cu reperele ei fundamentale: imitatia dupa model, repetitia si intarirea-pozitiva sau negativa), a celei de tip ocupational si a terapiei prin arta (desen, miscare, muzica etc.).

Eficienta este alternarea, acolo unde este adecvat acest lucru, a terapiei individuale cu terapia de grup (tinandu-se cont insa ca mai intai se va parcurge o terapie individuala si abia apoi aceasta se poate alterna cu una de grup).

De asemenea, nu trebuie sa uitam ca, terapia in cazul unei persoane cu dizabilitati este si o terapie a familiei de apartenenta a acestuia (fie ca urmarim instruirea acesteia pentru consolidarea rezultatelor terapiei prin exercitii tip sarcini pentru acasa, fie ca vorbim despre o terapie de tip suportiv, cu elemente de catharsis, de lucru cu atitudini tip negare, proiectie a vinovatiei, autoculpabilizare etc.).

CAPITOLUL II
DREPTURILE PERSOANELOR CU DIZABILITATI DIN ROMANIA. DREPTURILE COPILULUI ÎN TARA NOASTRA

Principala lege cu referire la persoanele cu dizabilitati este legea 448 din anul 2006 (pentru mai multe detalii, privind legea in cauza, dar si alte legi cu referire la drepturile persoanelor cu dizabilitati din Romania, vezi anexa 1).

Orice persoana care apartine unei anumite categorii de deficienta are asadar o serie de drepturi recunoscute prin lege, de care trebuie sa fie constienta si de care poate beneficia, aparandu-si-le, pe baza cunoasterii lor detaliate, atunci cand este cazul.

In primul rand orice persoane cu deficienta (indiferent de varsta, sex, etnie etc.) are dreptul la un certificat de handicap, in baza caruia primeste o serie de indemnizatii, de facilitati sau de gratuitati. Un alt exemplu din legislatie, de data aceasta din legislatia muncii este acela care arata existenta mentionarii exprese in lege a unor categorii de persoane/salariati care pot beneficia de un regim special de munca (minorii, persoanele cu diferite dizabilitati, gravidele). De asemenea, pentru incurajarea sanselor la munca si a persoanelor cu dizabilitati, legislatia romaneasca prevede ca, in cazul in care o companie depaseste 75 de salariati, cel putin 4% din personalul acesteia sa fie reprezentat de angajati cu dizabilitati. Acestea sunt doar cateva exemple. Pentru mai multe detalii a se vedea anexa 1.

In plus, exista si la noi in tara pe langa o serie intrega de asociatii, fundatii si organizatii nonguvernamentale (ONG –uri) de sprijin pentru persoanele cu dizabilitati si institutii ale statului care urmaresc acelasi obiectiv. Principala institutie de stat care urmareste monitorizarea si intra-jutorarea persoanelor cu cerinte speciale din Romania este Autoritatea Nationala pentru Persoanele cu Handicap (ANPH)(vezi adresa din Bucuresti in anexa 3), care functioneaza in subordinea Ministerului Muncii, Familiei Si Egalitatii de Sanse.

Tot in scopul sprijinirii integrarii sociale reale a persoanelor cu deficienta s-a stabilit o Zi Nationala de Solidaritate cu persoanele cu dizabilitati – 3 decembrie.

La fel de adevarat este si faptul ca drepturi, recunoscute si ele prin legi, au si apartinatorii persoanelor cu deficienta (familii, asistenti maternali etc.).

Astfel, de ex. persoana care are in ingrijire un copil cu un handicap accentuat sau grav beneficiaza de concediu medical pana la implinirea de catre copil a varstei de 18 ani.

Interesul pentru drepturile copilului a apărut în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, când a luat naştere prima mişcare preocupată de aspecte referitoare la DEZVOLTAREA copilului, care pleda pentru PROTECȚIA copilului împotriva neglijării, exploatării şi a violenței. În Europa, această perioadă s-a caracterizat prin deschiderea unui număr considerabil de instituții publice de ocrotire, şcoli şi instituții separate pentru copii delincvenți, precum şi de tribunale pentru minori. După Primul Război Mondial, ideea drepturilor copilului a captat pentru prima dată atenția lumii, in 1924 Liga Națiunilor adoptand astfel Declarația de la Geneva. În 1959, Organizația Națiunilor Unite a adoptat Declarația drepturilor copilului. Spre sfârşitul anilor ‘60, s-a pus accentul pe ideea drepturilor de PARTICIPARE ale copilului. Mai mulți lideri de opinie au susținut că şi copiii au competențele necesare pentru a lua decizii în privința problemelor importante din viața lor şi că ar trebui lăsați să participe la luarea acestor decizii. Pe 20 noiembrie 1989, s-a adoptat Convenția ONU cu privire la drepturile copilului. Aceasta a intrat în vigoare în

septembrie 1991 şi a fost ratificată de majoritatea țărilor din lume, cu excepția Statelor Unite ale Americii şi a Somaliei. România a ratificat Convenția pe 28 septembrie 1990 prin Legea nr.18/1990 şi s-a inspirat din aceasta atunci când a elaborat **Legea nr. 272/2004 privind protecția şi promovarea drepturilor copilului.**

Tipurile de drepturi ale copilului

Copiii trebuie să beneficieze de drepturile generale ale omului, la care suntem toți îndreptățiți încă din momentul naşterii. Drepturile omului înseamnă să îi tratezi pe ceilalți aşa cum ți-ar plăcea ție să fii tratat, şi anume cu demnitate, respect, egalitate şi dreptate, şi se aplică fără deosebire de cetățenie, naționalitate, rasă, etnie, limbă, sex, orientare sexuală, abilități sau orice alt statut. Pe de altă parte, copiii diferă de adulți. Ei sunt vulnerabili, trebuie să se joace, sunt în proces de dezvoltare şi au nevoie de oarecare autonomie. De aceea ei au nevoie de drepturi proprii, cu caracter special. Drepturile copilului pot fi grupate in trei categorii:

1. **drepturile de protecție** – se referă la protectia împotriva oricărei forme de abuz fizic sau emoțional, precum si împotriva oricărei forme de exploatare;
2. **drepturile de dezvoltare** – se referă la disponibilitatea şi accesul la toate tipurile de servicii de bază, precum educația şi serviciile de îngrijire medicală
3. **drepturile de participare** – se referă la dreptul copilului de a fi implicat în deciziile care îl privesc.

Pentru a putea înțelege reformele din domeniul protecției copilului care se desfăşoară în prezent în România, este important să ştim ce s-a întâmplat în trecut. **Politica pronatalistă practicată de regimul comunist** - încurajarea naşterilor nesusținută de o politică economică adecvată şi interzicerea contracepției şi a avorturilor – a dus la creşterea masivă a numărului de copii în România într-o perioadă scurtă de timp. Statul a intervenit în sprijinirea familiilor care nu îşi permiteau să crească un număr mare de copii, promițând să-şi asume responsabilitatea legală pentru aceştia, plasându-i în instituții special create, denumite generic şi incorect „orfelinate”. Astfel, s-a creat o rețea de instituții mamut, cu personal puțin şi slab specializat în care erau încurajate să îşi lase copiii familiile care nu aveau posibilitatea creşterii lor. Metodele tradiționale folosite pentru menținerea bunăstării copilului, precum menținerea alături de membrii familiei extinse, au fost subminate.

Peste tot în România au fost deschise "leagăne" (centre de plasament pentru copii până la vârsta de 3 ani) pentru copiii ai căror părinți nu puteau să-i îngrijească. După vârsta de trei ani, copiii erau plasați în diverse instituții, în funcție de grupa de vârstă, dar fără a se lua în considerare preferințele individuale şi menținerea fraților împreună, până când împlineau 18 ani. Rezultatul acestui proces continuu de "dezrădăcinare" de lângă locuri familiare şi prieteni, precum şi abuzurile atât de des întâlnite în instituții au traumatizat pe viață nenumărați copii. Odată cu declinul economiei româneşti şi din cauza lipsei personalului specializat în îngrijirea copiilor, condițiile din instituții s-au deteriorat dramatic. **Se estimează că la începutul anului 1990, erau aproximativ 100.000 copii în instituții.**

Dintre **drepturile concrete ale copilului cu diferite deficiente** din Romania enumeram spre exemplificare: dreptul la alocatie dubla (indiferent de tipul si gradul de

handicap), gratuitate la telefon si tv, gratuitate pe mijloacele de transport in comun si pe CFR.

Sistemul de protecție a copilului

După revoluția din 1989 au avut loc schimbări în vederea îmbunătățirii situației copiilor din instituții dar o reformă fundamentală nu a avut loc decât opt ani mai târziu. 1997 este anul în care a luat ființă sistemul de protecție iar responsabilitatea pentru funcționarea acestuia a fost delegată de la nivel central la nivel județean. Astfel au fost înființate 41 de Direcții Județene pentru Protecția Copilului şi câte una în fiecare din cele 6 sectoare ale Bucureştiului, responsabile financiar şi operațional atât pentru copiii aflați în dificultate cât şi pentru instituțiile de ocrotire din raza fiecărui județ. Abordarea descentralizată a avut drept scop prevenirea instituționalizării prin acordarea de sprijin familiilor şi închiderea instituțiilor de mari dimensiuni concomitent cu găsirea unor soluții alternative de protecție a copilului. O serie de elemente au accelerat reforma sistemului de protecție a copilului în România: înființarea Departamentului pentru Protecția Copilului – instituție centrală cu rol de coordonare şi elaborare a politicilor în domeniu – şi preluarea (începând cu anul 2000) de către Direcțiile pentru Protecția Copilului a instituțiilor care adăposteau copii, aflate în subordinea altor instituții centrale.**Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului (ANPDC**) are responsabilitatea coordonării procesului de reformă la nivel național. Rolul ANPDC este de a elabora politicile de protecție a copilului şi de a coordona programele finanțate la nivel național şi internațional.

Elementele principale ale reformei în sistemul de protecție a copilului sunt următoarele:

• **În 2001 Guvernul României a adoptat „Strategia Guvernamentală cu privire la Protecția Copiilor aflați în dificultate 2001 – 2004**". Strategia propunea adoptarea unui număr de reforme radicale care aveau menirea de a aduce România la standardele internaționale de bunăstare şi protecție ale copilului, prioritară fiind schimbarea sistemului "instituționalizat" într-unul "familial". În această perioadă, reforma a constat în închiderea instituțiilor mari şi înlocuirea acestora cu servicii alternative, prevenirea separării copiilor de familiile lor prin dezvoltarea de servicii de sprijin şi adaptarea sistemului românesc de protecție a copilului la standardele europene, prin armonizarea legislatiei româneşti.

• **Legea 272 privind Protecția şi Promovarea Drepturilor Copilului a intrat în vigoare pe 1 ianuarie 2005**. Autoritățile publice, societatea civilă şi nu numai sunt acum responsabile pentru garantarea drepturilor copilului aşa cum sunt stipulate în Convenția Națiunilor Unite pentru Drepturile Copilului. Actuala lege, cu accent major pe interesul superior al copilului precizează pentru prima dată faptul că părinții au principala responsabilitate in creşterea şi asigurarea dezvoltării copilului. Responsabilitatea subsidiară cade pe umerii familiei extinse şi a comunității locale din care face parte copilul, intervenția statului fiind complementară. Statul are datoria de a asigura protecția copilului şi de a garanta respectarea tuturor drepturilor. Statul poate interveni în cazuri de abuz sau privări severe. Această lege are ca scop schimbarea ideii că statul ar putea înlocui grija părintească.

• **Schimbări au avut loc în cadrul instituțiilor la nivel local şi central:** la nivel central a fost înființată Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, subordonată Ministerului Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei; la nivel județean au fost înființate Direcțiile Generale de Asistență Socială şi Protecție a Copilului, în subordinea Consiliilor Județene, respectiv a Consiliilor Locale ale Municipiului București; la nivel local Serviciile Publice de Asistență Socială, organizate la nivelul

municipiilor şi oraşelor, sau persoane cu atribuţii de asistenţă socială din aparatul propriu al consiliilor locale comunale.

PROGRAMELE DE INTERES NAŢIONAL ÎN DOMENIUL PROTECŢIEI DREPTURILOR COPILULUI PENTRU ANUL 2007

1. **Programul "Înfiinţarea de centre de plasament de tip familial - căsuţe şi apartamente pentru copiii din instituţiile cu o capacitate mai mare de 100 de locuri, care nu au fost restructurate pe module de tip familial"**

Scopul: Reducerea numărului de copii aflaţi în îngrijirea centrelor de plasament de tip clasic, finalizarea proiectelor din cadrul programului de interes naţional nr. 1/2006 şi creşterea numărului de centre de plasament de tip familial

Obiectiv: Creşterea calităţii îngrijirii şi protecţiei copilului separat de părinţii săi

Bugetul aferent anului 2007 pentru acest program de interes naţional este de 5.800 mii lei, inclusiv activitatea de proiectare.

2. **Programul "Dezvoltarea serviciilor alternative pentru copiii cu dizabilităţi/handicap/HIV/SIDA"**

Obiectiv: Reabilitarea şi reintegrarea socială a copiilor cu dizabilităţi/handicap/HIV/SIDA.

Bugetul aferent anului 2007 pentru acest program de interes naţional este de 3.200 mii lei.

3. **Programul "Promovarea standardelor minime obligatorii din domeniul protecţiei copilului şi monitorizarea respectării drepturilor copilului"**

Obiectiv: Creşterea calităţii îngrijirii copiilor de către personalul din serviciile de prevenire a separării copilului de familie şi de către cel din serviciile de protecţie specială a copiilor separaţi de părinţi. Bugetul aferent anului 2007 pentru acest program de interes naţional este de 1.400 mii lei.

4. **Programul "Dezvoltarea reţelei serviciilor sociale comunitare pentru copil şi familie şi susţinerea familiilor aflate în criză în vederea prevenirii separării copilului de familia sa"**

Obiective:

a) promovarea dreptului copilului de a fi îngrijit în familia sa şi/sau în familia extinsă;

b) prevenirea neglijării copilului ai cărui părinţi sunt plecaţi la muncă în străinătate şi păstrarea relaţiilor cu familia.

Bugetul aferent anului 2007 pentru acest program de interes naţional este de 6.410 mii lei.

CAPITOLUL III

COPIII ABANDONATI – COPII CU NEVOI SPECIALE

Abandonul minorilor

Problemele minorilor sunt percepute extrem de clar si sunt numeroase cauzele care le genereaza: destramarea familiei, lipsa motivatiei scolare, esecul metodologiei educative, abandonul si analfabetismul, atractia bunastarii si mesajele consumistice. Minorul este "bombardat" puternic si constant de provocari sociale care fac destul de dificil procesul educativ. În criza este minorul, dar în criza si mai mare sunt de fapt structurile care detin functia educativa, în primul rând avandu-se în vedere familia si scoala. În momentul în care minorul se confrunta cu abandonul si izolarea el este nevoit de a se organiza de sine statator, de a se autoeduca, fiind lipsit de modele educative, care sunt înlocuite frecvent de mesajele ce provin din partea îndepartatei societati. La toate acestea se adauga si situatia de saracie, care genereaza umilinta si suferinta, limiteaza copilul în alegerile sale, alimentând societatea cu vise, proiecte si dorinte.

"Copilul strazii" este cel care nu mai are nici un fel de legatura cu familia, este absolut singur si traieste o evidenta situatie de autonomie, întretinându-se prin diverse forme, ca furtul, cersitul, caritatea si solidaritatea organizatiilor. Unica perspectiva ramâne strada.

El nu trebuie confundat cu **"copilul de pe strada**" care în schimb are o familie, dar aceasta este departe, poate ca traieste la sat, sau este foarte saraca, copilul certandu-se probabil cu familia, sau nu-si suporta parintii din cauza dedicarii acestora alcoolului. În acest caz familia nu reprezinta pentru minor o ambianta placuta pentru trai, nu este un punct de referinta a valorilor, nu este recunoscuta si copilul prefera stea departe de ea, sau cel mult se întoarce din când în când, mentinând atitudinea de conflict.

Conditia de abandon este identica in cazul celor doua tipuri anterior discutate, doar se schimba metodologia de interventie, deoarece recuperarea "copilului de pe strada" are drept obiectiv nu copilul, ci familia, care trebuie recuperata si sustinuta pentru a permite reintegrarea copilului în sânul ei.

Ce facem insa cu copiii străzii?! Nu tot ceea ce se întâmplă zilnic, ceea ce este obişnuit, este şi normal. Sunt lucruri cărora nu le mai dăm nici o atenţie, pentru că le vedem zilnic, dar care sunt monstruoase. Aşa este şi situaţia copiilor cerşetori şi a copiilor străzii. Lipsiţi de educaţie, lipsiţi de condiţii de trai decente, orizontul lor este supravieţuirea cu orice preţ. Nevoile lor sunt, aproape exclusiv, cele de bază: nevoia de a găsi un loc în care frigul nu ucide, nevoia de a mânca orice poate să ţină trupul în viaţă încă o zi. Şi o nevoie "spirituală": nevoia de a uita mizeria şi nenorocirile cu ajutorul aurolacului.

Esenţa problemei constă în faptul că aceşti copii nu sunt văzuţi ca o responsabilitate a noastră. De aceea monstruozitatea situaţiei lor nu şochează, şi de aceea situaţia lor se perpetuează nestingherită. Dacă ar exista această atitudine de responsabilitate la un număr suficient de mare dintre români, atunci ea s-ar fi reflectat imediat în atitudinea instituţiilor statului.

În **situația copiilor străzii din Bucureşti**, de exemplu, nu reuşesc să ajungă decât la "soluția" grotescă de a-i "deporta" în zonele din care provin, de unde marea majoritatea iau următorul tren înapoi. Înapoi la viața mizerabilă de pe străzi care e singura lor opțiune. A da câteva mii de lei unui copil cerşetor nu e suficient. Nu numai că nu e suficient, dar e ceea ce îi condamnă la viața lor de coşmar, căci este exact mecanismul pe care îl exploatează cei care îi obligă să cerşească, şi care sunt adevărații beneficiari ai banilor adunați din cerşit. E nevoie, din partea fiecăruia, de ceva mai mult decât această milă de moment, prin care unii îşi cumpără plăcerea de a se simți mărinimoşi, fără să se gândească însă la efectul pe care pomana lor îl are pe termen lung asupra copiilor.

Toți copiii care locuiesc pe stradă trebuie internați în instituții de ocrotire, indiferent dacă ei vor sau nu. Acesta e sensul, inclusiv juridic, al lipsei de responsabilitate a minorilor, şi a responsabilității majorilor. Părinții acestor copii trebuie decăzuți din drepturi. Cu toate precauțiile necesare unei decizii atât de grave, este inadmisibil să îi lăsăm în continuare să decidă asupra copiilor lor pe cei care îi trimit la cerşit, pe cei care îi maltratează fizic sau psihic sau pe cei care nu le asigură minimul necesar existenței.

PLASAMENTUL copilului abandonat reprezinta asadar masura de protectie sociala a acestuia, avand un caracter temporar, copilul fiind incredintat pe o anumita perioada definita de timp fie unei familii, fie unei persoane, fie unui centru de tip rezidential, fie unui asistent maternal profesionist.

Aurolacii – un nume ce repugnă. Copii străzii, numiți aşa pentru că din diferite motive nu au nici un acoperiş unde să se adăpostească, au fost denumiți cu termenul comun de "aurolaci", nume care repugnă pentru că evocă o realitate de mizerie fizică, de consum de droguri ieftine, de antecedente penale, de analfabetism, de viață fară rost, în fine de viață la marginea societății. Sunt la origine nişte copii ca mulți alții care au ajuns pe stradă în mod principal datorită părinților care ori au murit, ori sunt în închisoare, ori sunt despărțiți ori pur şi simplu i-au gonit de acasă pentru că viața era mai comodă fără ei. În alte cazuri sunt ei înşişi ce au ales strada pentru că situația din familie era de nesuportat sau pentru că nesimțindu-se înțeleşi şi iubiți au decis să plece de acasă. Marginalizarea constantă, modul de a fi tratați ca o greutate pentru o societate care - de cele mai multe ori - nu mai are alt criteriu de valoare decât acela al profitului şi al eficienței, îi aruncă într-o spirală a disperării, al non-sensului vieții, al inutilității celei mai cumplite. Viața lor se transformă încet - încet într-o formă de supraviețiure pentru că fiind copii au nevoie nu numai de ceva de mâncare, de îmbrăcăminte şi de un acoperiş ci şi de înțelegere, de afecțiune, de dăruire.

Copiii exploatati prin munca

Copiii care muncesc reprezinta un fenomen asupra caruia centrarea atentiei publice si institutionale ramane inca la un nivel scazut, desi consecintele asupra dezvoltarii si sanatatii copilului sunt deosebit de grave. Exploatarea muncii copilului nu inseamna orice implicare a unui copil intr-o activitate economica, ci apare atunci cand copilul are o varsta mica (sub 12 ani) sau cånd durata muncii depaseste un anumit numar de ore pe saptamana sau aceasta prezinta anumite riscuri.

Conform estimarilor Institutului National de Statistica din anul 2004 în Romania aproximativ **70.000 de copii sunt implicati în muncă.** Majoritatea sunt copii aflati in mediul rural, obligati de către parintii lor sa contribuie la activitatile gospodaresti (munca

la camp, cu animalele sau in propria gospodarie) dar pot fi intalniti copii care muncesc si in mediul urban. Acestia sunt copii din familii de rromi care cersesc alãturi de pãrintii lor sau copii din familii cu o situatie economicã precarã obligati ca prin muncã sã contribuie la întretinerea familiilor lor. Copiii provin din familii numeroase, cu situatie socio-economica dificila si nivel educational scazut. Relatiile din familie sunt marcate de grija pentru supravietuire si de mentalitatea conform careia copiii trebuie sa ajute la depasirea problemelor financiare.

Abandonul scolar, nivelul redus de pregatire scolara si profesionala, excluziunea sociala, abuzurile fizice si psihice pe care le implica munca ai exploatarea economica a copilului precum si amploarea fenomenului sunt doar cativa din factorii care demonstreaza necesitatea adoptarii unor masuri mai eficiente de combatere a acestuia.

Nu toate formele de muncã pe care le desfãsoarã copiii pot fi considerate „exploatare prin muncã", existând forme de muncã considerate acceptabile, care îi responsabilizeazã pe copii si îi pregãtesc pentru viata de adult, dar si forme grave de muncã, cele care le rãpesc posibilitatea copiilor de a creste si a se dezvolta în concordantã cu vârsta lor. Criteriile care stabilesc care dintre activitatile defasurate de copii sunt acceptabile si care nu sunt varsta, durata, precum si natura muncii si conditiile in care ea se desfasoara.Munca copiilor are consecinte negative asupra dezvoltãrii fizice si psihice a acestora, punând în pericol respectarea drepturilor lor. Studiile efectuate în întreaga lume au arãtat cã adesea copiii lucrează în conditii cu risc ridicat, periculoase pentru sãnãtatea acestora. Copiii care muncesc sunt adesea abuzati, atât fizic cât si psihic; munca pe care o desfãsoarã putând avea consecinte grave asupra dezvoltãrii si sãnãtatiii lor si constituind un impediment pentru educatia scolarã.Conform Biroului International al Muncii (Prevenirea si combaterea exploatãrii copiilor prin muncã în România - 2004) sunt considerate:

A) Munci periculoase:

• Muncile care îi expun pe copii la riscuri fizice, psihice sau sexuale;

• Muncile care se efectuează sub pãmânt, sub apã, la înãltimi periculoase sau în spatii restrânse;

• Muncile care se efectuează cu masini, materiale sau instrumente periculoase sau care implicã manipularea sau transportul unor greutãti;

• Muncile care se efectuează într-un mediu nesãnãtos, care pot, spre exemplu, sã îi expunã pe copii la actiunea unor substante, agenti sau proceduri periculoase sau unor conditii de temperaturã, de zgomot sau vibratii, care le-ar prejudicia sãnãtatea;

• Muncile care se efectuează în conditii deosebit de dificile, spre exemplu, pe parcursul mai multor ore sau în timpul noptii sau pentru care copilul este retinut într-un mod nejustificat la sediul patronului.

(Recomandarea nr. 190 privind cele mai grave forme ale muncii copiilor)

B) Cele mai grave forme ale muncii copiilor:

• Toate formele de sclavie sau practicile similare, ca vânzarea sau comertul cu copii, servitutea pentru datorii si munca de servitor, precum si munca fortatã sau obligatorie, inclusiv recrutarea copiilor în vederea folosirii lor în conflictele armate;

• Utilizarea, recrutarea sau oferirea unui copil în scopul prostituãrii, productiei de material pornografic sau de spectacole pornografice;

• Utilizarea, recrutarea sau oferirea unui copil în scopul unor activitãti ilicite, mai ales pentru productia si traficul de stupefiante, asa cum le definesc conventiile internationale pertinente;

• Muncile care prin natura lor sau prin conditiile în care se exercitã, sunt susceptibile sã dãuneze sãnãtãtii, securitãtii sau moralitãtii copilului.

In Romania, cunoasterea fenomenului este înca partialã si fragmentarã, în pofida încercãrilor de studiere a acestuia. Rezultatele Evaluarii Rapide privind Copiii strazii care muncesc in Bucuresti, studiu finalizat in 2002, au aratat ca numarul copiilor implicati in diferite activitati in strada a crescut substantial, comparativ cu datele Studiului National privind Situatia Copiilor Strazii elaborat in 1999. Activitatile sunt menite sa contribuie financiar la venitul zilnic al familiilor aflate intr-o situatie economica precara. Prezenta acestor copii in strada este, in marea majoritatea a cazurilor, initiativa parintilor. O parte din acesti copii, care provin din familii sarace, se afla in mare risc de a fi traficati in vederea desfasurarii unor activitati ilegale (ca, de exemplu, cersetorie sau furturi). Exista copii care au trait deja experienta acestui fenomen, fiind victime ale traficului in diferite tari din Vestul Europei. Conform Raportului privind munca copiilor în Romania, realizat in 2004 de Institutul National de Statistica, numarul copiilor implicati in forme grave de munca in mediul urban si rural este de aproximativ 70.000, dupã rãspunsul pãrintilor si de aproximativ 140.000, conform rãspunsului copiilor. In mediul urban majoritatea copiilor cersesc pentru a contribui la supravietuirea familiilor lor. Se estimeaza ca aproximativ 5.000 se afla in capitala si alte cateva orase mari (Iasi, Constanta, Timisoara, Brasov, Craiova, Galati, Bacau, Ploiesti, Braila).

Biroul International al Muncii a sprijinit în cadrul Programului International de Eliminare a Muncii Copilului mai multe proiecte care au evaluat situatia mai multor categorii de copii care muncesc: copii care muncesc pe stradã, copii care muncesc în mediul rural si copii rromi care muncesc.

Copiii care muncesc în mediul rural. Peste 70% din copiii din mediul rural, cu vârste între 6-14 ani, considerã cã este normal sã munceascã. zilnic, sarcinile primite de la pãrinti incluzand curatenia casei, gãtitul, hrãnitul animalelor, curãtarea adãpostului animalelor, îngrijirea fratilor si surorilor mai mici, diferite munci agricole, mulsul animalelor, tãiatul lemnelor etc.

Munca copiilor rromi. Copiii muncesc în gospodãrie sau participã împreunã cu pãrintii la munci agricole, productia sau vânzarea de diferite bunuri, colectarea materialelor reciclabile, muncesc în piete/depozite, în constructii sau pe stradã. Copiii muncesc între 4-10 ore pe zi, contrbutia copiilor la veniturile familiei deja fiind o traditie.

Copiii strãzii care muncesc. Dintre copiii care muncesc pe stradã mai mult de 8 ore de zi: 44% cersesc în conditii dificile, cea mai mare parte a lor suferind de boli de piele, TBC, hepatitã; 61% dintre ei au abandonat scoala, cea mai mare parte a lor în jurul vârstei de 11 ani; 34% sunt analfabeti, iar 40% au cunostinte reduse de scris si citit.

Structura fenomenului copiii strazii care muncesc

Pentru a intelege mai bine structura acestui fenomen, distingem, folosind criteriul relatiei cu familia si criteriul varstei, patru categorii de copii si tineri care muncesc in strada:

1. Copiii care traiesc numai in strada si care nu au legaturi cu familia sau cu institutia de ocrotire. Acesti copii traiesc permanent in strada si supravietuiesc printr-o adaptare continua la regulile inumane ale strazii. Isi procura bani prin munca, cersit, prostitutie sau furturi marunte. Atitudinea fata de familie e confuza sau e caracterizata prin indiferenta. Domina amintirile legate de viata institutionala sau viata petrecuta in strada.

Starea lor de igiena si sanatate e total improprie, iar comportamentul e puternic marcat de mediul strazii. Pot fi intalniti in canale, statii de metrou, santiere abandonate etc. Aproape toti consuma "aurolac", alcool si tutun.

2. Copiii care muncesc in strada si care se intorc, de regula, zilnic in familiile lor. In general, acesti copii nu frecventeaza scoala, cazurile de analfabetism fiind des intalnite. Se afla ziua in strada (mare parte obligati de catre parinti) incercand sa castige bani prin cersit sau prin alte activitati (spalatul masinilor, vanzarea de marfuri, incarcat si descarcat de marfuri, colectarea de obiecte reciclabile, furturi sau prostitutie). De regula, seara se intorc in familiile lor cu banii castigati. Prezinta un risc ridicat de abandon definitiv al caminului familial, fie pentru ca vor ajunge sa considere, sub influenta altor copii din strada, ca banii li se cuvin, fie din cauza presiunilor sau violentelor comise de parinti asupra lor de a contribui cu mai multi bani la cheltuielile zilnice ale familiei. Consumul de droguri e limitat, dar contactele zilnice cu acei copii care stau permanent in strada i-au determinat pe unii sa experimenteze "trasul din punga". Pot fi intalniti în metrou, in zonele centrale si aglomerate ale capitalei, la intersectii, in marile magazine, in depozite sau angro-uri.

3.Tinerii care traiesc in strada. Prezenta lor in strada este urmarea esecurilor de reintegrare ale institutiilor guvernamentale sau neguvernamentale din trecut. Mai mult de jumatate dintre ei au depasit cinci ani de viata in strada. Acesti tineri, desi nu mai sunt nici copii, nici adolescenti, din punct de vedere fizic si legal, totusi ei sunt asimilati, in continuare, categoriei copiilor strazii. De regula, ei sunt lideri ai grupurilor de copii ai strazii, cei care "fac" regulile grupului si cei care ofera protectie si sprijin celorlalti membri.In randul tinerilor, consumul de droguri a devenit in ultimii trei ani o problema serioasa, trecandu-se de la "aurolac" la droguri tari, cum ar fi heroina, acum populara si cautata in randul lor atunci cand reusesc sa stranga suficienti bani pentru o doza. Supravietuiesc din diverse munci (in general, munci grele), cersit sau furturi, iar adaposturile sunt total insuficiente. Tinerii pot fi vazuti in canale, statii de metrou, santiere abandonate etc.

4. Copii care traiesc cu parintii in strada. Datele furnizate de Comisia Anti-Saracie in 2000 au indicat faptul ca 45% din populatia urbana si 55% din populatia rurala traieste sub pragul saraciei. Aceasta situatie a condus la pierderea locuintelor de catre unele familii care au ajuns sa traiasca impreuna cu copiii sub cerul liber sau in adaposturi improvizate in baraci, santiere abandonate etc. Parintii supravietuiesc cersind impreuna cu copiii lor sau prin alte munci prestate de copii. Recurg deseori la actiuni de protest prin prezenta lor in fata institutiilor centrale de stat (Presedintie, Guvern, Primarie), insa fara castig de cauza. Practic, nu exista nici un serviciu social care sa ofere adapost temporar unei familii cu copii, cu exceptia mamelor cu copii foarte mici. In aceasta categorie au fost inclusi si tinerii care traiesc in strada si au devenit parinti. Din cauza saraciei extreme, multe familii isi folosesc proprii copii, indiferent de varsta acestora, pentru obtinerea de venituri. Copiii sunt implicati in diferite activitati, de la spalat parbrizele masinilor, la cersit, incarcat-descarcat marfa in piete, vandut ziare etc. Aceste activitati, din cauza mediului periculos in care au loc si a perioadei lungi de desfasurare, afecteaza sanatatea si nivelul de instruire al copiilor.

Din păcate, copiii care trăiesc pe străzi sunt lipsiți de majoritatea drepturilor. În București, imediat după 1990, locuiau permanent pe străzi poate câteva zeci de copii. Aproximările cele mai recente întocmite de Autoritatea Națională pentru Protecția

Drepturilor Copilului (ANPDC) arată că în jur de 400-500 de copii lucrau şi/sau trăiau pe străzile din Bucureşti la sfârşitul lui 2004, cu toate că aceasta ar putea fi doar o estimare conservatoare. Numărul copiilor care lucrează pe străzi pe timpul zilei a crescut. Mulți dintre copiii care lucrează pe stradă se confruntă cu probleme de sănătate, incluzând afecțiuni dermatologice, scabie, răni şi arsuri, unii având chiar tuberculoză şi hepatită, în vreme ce majoritatea dau şi semne de subnutriție cronică.

Copiii străzii sunt de asemenea expuşi abuzului sexual care de obicei începe în cadrul propriilor familii şi apoi se continuă pe stradă, şi abuzului fizic, cu aproximativ 50% dintre copiii care lucrează pe străzile Bucureştiului care susțin că au fost bătuți cel puțin o dată, în special de către poliție – conform unei evaluări rapide de situație din 2002. În încercarea de a face față asprimii vieții lor pe străzi, mulți dintre copii încep să folosească droguri sau solvenți, inclusiv diluanții obişnuiți pentr lipici şi de vopsele. Şi mai mult, copiii străzii continuă să fie discriminați de către autorități precum poliția, şcoala şi sistemul de sănătate. Mulți copii ai străzii nu au fost niciodată la şcoală şi sunt analfabeți.

Pentru prevenirea aparitie si amplificarii la scara nationala a fenomenului abandonului, in cadrul departamentelor de prevenire a separarii copilului de familia sa biologica sa de cea extinsa (cand este cazul), se desfasoara activitati de genul celor de: consiliere familiala, oferire de sprijin material ocazional, organizare de grupuri suport, colaborare cu diverse institutii in vederea elaborarii si implementarii unui plan de servicii, organizarea de evenimente speciale pentru copii.

ASISTENTA MATERNALA – ALTERNATIVA VIABILA PENTRU COPIII ABANDONATI

OBTINEREA CALITATII DE ASISTENT MATERNAL

Asistenta maternala reprezinta o alternativa de tip familial temporara la ocrotirea rezidentiala a copilului lipsit temporar sau definitiv de ocrotirea parintilor sai.

Asistentul maternal profesionist este o persoana fizica, atestata prin lege, care asigura prin activitatea pe care o desfasoara la domiciliul sau cresterea, ingrijirea si educarea, necesare dezvoltarii armonioase a copiilor pe care ii primeste in plasament sau in incredintare.

Pot fi atestate ca asistent maternal profesionist numai persoanele care indeplinesc urmatoarele **conditii:**

- au maximum 52 ani;
- au capacitate deplina de exercitiu;
- prin comportamentul lor in societate, starea sanatatii si profilul lor psihologic, prezinta garantii pentru indeplinirea corecta a obligatiilor care revin unui parinte, referitoare la cresterea, ingrijirea si educarea copiilor sai;
- au in folosinta o locuinta (proprietate personala sau inchiriata) care acopera necesitatile de preparare a hranei, igiena, educatie si odihna ale utilizatorilor sai, inclusiv cele ale copiilor care urmeaza a fi primiti in plasament sau in incredintare;
- au un venit mediu pe cap de membru de familie de minim 1 milion si jumatate;
- au urmat cursurile de formare profesionala organizate de serviciul public specializat pentru protectia copilului sau organismul privat autorizat care efectueaza evaluarea

pentru acordarea atestatului de asistent maternal profesionist.

Nu poate fi asistent maternal profesionist:

- persoana care a suferit o condamnare prin hotarare judecatoreasca ramasa definitiva, pentru savarsirea cu intentie a unei infractiuni;
- parintele decazut din drepturile parintesti sau cel al carui copil a fost declarat abandonat prin hotarare judecatoreasca ramasa definitiva;
- persoana care sufera de boli cronice transmisibile.

Persoana care desfasoara o activitate salarizata, alta decat cea de asistent maternal, poate deveni asistent maternal profesionist numai cu conditia incetarii contractului individual de munca pe baza caruia isi desfasoara respectiva activitate salarizata.

Persoanele care solicita sa devina asistent maternal profesionist vor adresa o cerere de evaluare a capacitatii lor la Directia Judeteana de Protectia Copului. Cererea va mentiona in mod obligatoriu numarul de copii pentru care solicitantul considera ca poate asigura simultan conditii optime de ingrijire, grupa de varsta si sexul acestora, disponibilitatea de a ingriji copii cu handicap/dizabilitati, infectati HIV sau bolnavi SIDA. Cererea va cuprinde curriculum vitae al solicitantului, precum si motivele pentru care doreste sa devina asistent maternal profesionist. La cererea de evaluare vor fi anexate:

- copii legalizate de pe actele de stare civila si de pe actele de studii ale solicitantului;
- o scurta prezentare a persoanelor cu care locuieste solicitantul, in care sa se mentioneze numele, prenumele si data nasterii acestora, precum si, dupa caz, gradul lor de rudenie cu solicitantul;
- certificate medicale eliberate de policlinica de care apartin, care sa prezinte o evaluare completa a starii de sanatate a solicitantului si a persoanelor cu care locuieste; - certificate de cazier judiciar ale solicitantului si ale persoanelor cu care acesta locuieste;

  - un document care sa ateste dreptul de folosinta al solicitantului asupra locuintei, respectiv copie legalizata de pe titlul de proprietate sau de pe contractul de inchiriere, declaratie autentificata a titularului dreptului de proprietate sau al contractului de inchiriere prin care acesta recunoaste solicitantului un drept de folosinta asupra locuintei, cunoscand specificul activitatii pe care solicitantul urmeaza sa o desfasoare ca asistent maternal profesionist, sau, dupa caz, copie legalizata de pe contractul de subinchiriere, incheiat in conditiile legii;
- declaratie pe propria raspundere cu privire la faptul ca nu este parinte decazut din drepturile parintesti sau parinte al unui copil care sa fi fost declarat abandonat prin hotarare judecatoreasca ramasa definitiva.

Cererea va fi evaluata de Directia Judeteana de Protectia Copilului in termen de 90 de zile de la data inregistrarii. **Evaluarea** cuprinde elementele sociale, psihologice si medicale ale capacitatii solicitantului, care vor fi determinate prin:

- interviuri luate solicitantului si persoanelor cu care acesta locuieste de catre un asistent social si de catre un psiholog, prin care se determina profilul psihologic al solicitantului, motivatia acestuia de a deveni asistent maternal profesionist si pozitia persoanelor cu care acesta locuieste fata de implicatiile desfasurarii acestei activitati;
- vizite la domiciliul solicitantului, pentru a verifica daca solicitantul are in folosinta o locuinta care acopera necesitatile de preparare a hranei, igiena, educatie si odihna ale utilizatorilor sai, inclusiv cele ale copiilor care urmeaza a fi primiti in plasament sau in incredintare;

- recomandari ale vecinilor, cunoscutilor, rudelor solicitantului, precum si ale reprezentantilor autoritatii publice locale de la domiciliul acestuia cu privire la comportamentul social al solicitantului;
- orice investigatii suplimentare care sunt considerate utile de evaluator.

Cursurile de formare profesionala au o durata de minimum 60 de ore, iar programa analitica a acestora se va elabora de catre Autoritatea Nationala pentru Protectia Copilului si Adoptie.

Atestatul de asistent maternal profesionist se elibereaza pentru o perioada de 3 ani de catre Comisia pentru Protectia Copilului. Atestatul poate fi reinnoit, suspendat sau retras de comisia pentru protectia copilului, la propunerea temeinic motivata a serviciului public specializat pentru protectia copilului sau a organismului privat autorizat care supravegheaza activitatea asistentului maternal profesionist. Comisia pentru protectia copilului poate decide suspendarea sau retragerea atestatului de asistent maternal profesionist daca nu mai sunt indeplinite conditiile care au stat la baza eliberarii acestuia sau daca asistentul maternal profesionist nu respecta vreuna dintre obligatiile sale.

Desfasurarea activitatii de asistent maternal se face pe baza unei conventii, care cuprinde urmatoarele elemente:

- informatii referitoare la copil: identitatea, originea etnica si religioasa, situatia sa personala, familiala, sociala si medicala, nevoile sale speciale;
- motivele hotararii de plasament sau de incredintare;
- planul de aplicare si obiectivele plasamentului sau ale incredintarii;
- modalitatile de mentinere a contactului intre copil si parintii sai biologici si modul de pregatire a reintegrarii copilului in familia sa naturala, in cazul plasamentului;
- modul de pregatire a integrarii copilului intr-o familie adoptiva, in cazul incredintarii;
- modalitatile de supraveghere a activitatii asistentului maternal profesionist si de evaluare periodica a evolutiei copilului primit in plasament sau incredintat;
- drepturile si obligatiile specifice ale partilor.

Asistentul maternal profesionist are urmatoarele **obligatii** privind copiii primiti in plasament sau incredintati:

- sa asigure cresterea, ingrijirea si educarea copiilor, in vederea asigurarii unei dezvoltari armonioase fizice, psihice, intelectuale si afective a acestora;
- sa asigure integrarea copiilor in familia sa, aplicandu-le un tratament egal cu al celorlalti membri ai familiei;
- sa asigure integrarea copiilor in viata sociala;
- sa contribuie la pregatirea reintegrarii copiilor in familia lor naturala sau la integrarea acestora in familia adoptiva, dupa caz;
- sa permita specialistilor serviciului public specializat pentru protectia copilului sau organismului privat autorizat supravegherea activitatii sale profesionale si evaluarea evolutiei copiilor;
- sa asigure continuitatea activitatii desfasurate si in perioada efectuarii concediului legal de odihna, cu exceptia cazului in care separarea de copiii plasati sau incredintati pentru aceasta perioada este autorizata de catre angajator;
- sa pastreze confidentialitatea informatiilor pe care le primeste cu privire la copii.

Pe perioada incredintarii sau a plasamentului copilului **asistentii maternali profesionisti beneficiaza de urmatoarele drepturi:**

- salariu de baza stabilit intre limita minima si limita maxima pentru asistentul social cu pregatire medie, in functie de vechimea in munca;
- un spor de 15% calculat la salariul de baza pentru incordare psihica foarte ridicata si conditii de munca deosebite in care se desfasoara activitatea;
- un spor de 15% calculat la salariul de baza, pe perioada in care au in plasament sau incredintare cel putin 2 copii;
- un spor de 25% calculat la salariul de baza, pentru fiecare copil cu handicap/dizabilitati, infectat HIV sau bolnav SIDA, incredintat ori primit in plasament.

Etapele plasamentului la asistentul maternal profesionist a copilului abandonat sunt: potrivirea, hotararea de plasament si mutarea efectiva a copilului la domiciliul asistentului. Procesul de potrivire presupune acomodarea copilului realizata prin intalniri succesive ale copilului cu asistentul maternal, fie la domiciliul acestuia, fie la domiciliul copilului (leagan etc.), fie pe teren neutru (loc de joaca, parc etc.).

Hotararea efectiva de plasament, care se va lua doar daca procesul de acomodare a copilului cu asistentul maternal are o evolutie favorabila este emisa fie de Instanta judecatoreasca, fie de Comisia pentru protectia copilului (dupa caz). Aceasta hotarare este luata la propunerea asistentului social care a supervizat cazul copilului ce urmeaza a fi luat in plasament de catre asistentul maternal profesionist.

CAPITOLUL IV
PERSOANELE ABUZATE (FIZIC, PSIHIC) – PERSOANE CU NEVOI SPECIALE

VIOLENTA IN FAMILIE

Din punct de vedere clinic o definiție larg acceptată a violenței domestice este aceea formulată de Stark si Flitcraft: ”Violența domestică este o amenințare sau provocare, petrecută în prezent sau în trecut, a unei răniri fizice în cadrul relației dintre partenerii sociali, indiferent de statutul lor legal sau de domiciliu. Atacul fizic sau sexual poate fi însoțit de intimidări sau abuzuri verbale, distrugerea bunurilor care aparțin victimei, izolarea de prieteni, familie sau alte potențiale surse de sprijin, amenințări făcute la adresa altor persoane semnificative pentru victimă, inclusiv a copiilor, furturi, controlul asupra banilor, lucrurilor personale ale victimei, alimentelor, deplasărilor, telefonului şi a altor surse de îngrijire şi protecție”.

Se numeşte "**violența în familie**" orice act vătămător, fizic sau emoțional care are loc între membrii unei familii. Abuzul în interiorul unei familii poate lua multe **forme:** abuzul verbal, refuzul accesului la resurse financiare, izolarea de prieteni şi familie, amenințări şi atacuri care în unele cazuri pot duce la moartea unuia dintre parteneri.

Deşi până de curând s-a presupus că femeia este cel mai adesea victima violenței în familiei, în urma unor cercetări s-a descoperit că de fapt numărul bărbaților agresați este destul de mare. Experții care cercetează această problemă sunt de acord că violența

este un fenomen larg răspândit, mult mai răspândit decât arată sondajele, pentru simplu motiv ca unele fapte nu sunt raportate poliției sau spitalelor.

Familia care constituie un teren de manifestare a violenței domestice devine mai puțin transparentă şi deschisă mediului social imediat: familia lărgită, vecinii, prietenii, colegii. Este evidentă izolarea socială a acestor familii. Ele capătă un stigmat în ochii celorlalți şi în acelaşi timp un sentiment de culpă care le face să se izoleze.

Soțul violent nu dorește ca soția lui să întrețină relații sociale în cadrul cărora să-şi poată mărturisi suferința şi eventual să poată primi un sprijin.Pe de altă parte, bărbații violenți au ca şi caracteristici de personalitate aparte: lipsa abilităților şi a bucuriei de a comunica. Pentru partenerii violenți, a comunica, în mediul intim al căminului, devine mai mult un prilej de a-l ataca verbal pe celălalt, în vreme ce, la locul de muncă rămâne o rutină de relaționare superficială cu ceilalți, un rol jucat în limitele orelor de serviciu.

Influențele violentei domestice asupra dezvoltării copiilor

Funcția principală a familiei, creşterea copiilor, este distorsionată cu largi şi dramatice consecințe în viitor. Perturbarea acestei funcții se petrece în general, ca o stare de boală cronică ce se acutizează în momentele evenimentelor de violență. Cercetările arată că trauma copiilor care cresc într-o atmosferă de violență, chiar dacă nu ei sunt victimele directe, este mai intensă şi cu consecințe mai profunde şi mai de durată decât în cazul copiilor care sunt victime directe ale abuzurilor şi neglijării din partea părinților (Catheline, Marcelli, 1999).

Într-o familie bântuită de violență, copiii cresc într-o atmosferă în care nevoile lor de bază (nevoia de siguranță, de viață ordonată, de dragoste) sunt profund neglijate.

Funcțiile parentale nu mai pot fi împlinite. O mamă victimă a violenței soțului este mai puțin capabilă să asigure îngrijirile de bază necesare copilului (hrană, casă, igienă, haine, sănătate fizică) sau să-l protejeze pe acesta de răniri, accidente, pericole fizice sau sociale. Copleşită de ruşine pentru ceea ce i se întâmplă, de sentimentul eşecului în cea mai importantă relație interpersonală, de teroare, de autoacuzații (Polman,1994) femeia nu mai este capabilă de a juca nici unul din rolurile impuse de viața familiei.

În atmosfera de violență, copilul devine cel mai adesea neglijat, expus tuturor relelor, de fapt rămâne într-o singurătate umplută doar de țipetele celor din jur. Această situație este probabil şi explicația numărului mare de accidente domestice ale căror victime sunt copiii.

Copiii care cresc în familii violente dezvoltă **comportamente şi o condiție fizică ce-i face uşor de recunoscut. Ei prezintă:**

- probleme fizice, boli inexplicabile, expuşi la accidente în casă şi în afara casei, dezvoltare fizică mai lentă
- probleme emoționale şi mentale: anxietate mărită, simțământ de culpabilitate, frica de abandon, izolare, mânie, frica de răniri şi moarte
- probleme psihologice: neîncredere în sine, depresie, comparare cu viața mai fericită a colegilor
- probleme de comportament: agresivitate sau pasivitate la agresiunile celorlalți, probleme cu somnul, enurezie, bătăi, fuga de acasă, sarcini la vârste mici, relații pentru a scăpa de acasă, mutilare, consum de droguri şi alcool, comportament defensiv cu minciuna

- probleme şcolare - neîncredere, eliminare, schimbări bruşte în performanţele şcolare, lipsa de concentrare, lipsa de maniere sociale
- identificare cu eroi negativi.

Un lucru mai puţin luat în considerare până acum este faptul că în rândul tinerilor a crescut fenomenul sinuciderii, a tentativelor de suicid şi că pe primul loc în rândul cauzelor se află climatul familial deteriorat şi slaba comunicare în cadrul familiei.

Deşi incidenţa fenomenului este în scădere, se manifestă o acutizare a lui, în sensul creşterii intensităţii violenţei (acte de cruzime).

Incepand cu data de 1 septembrie 2003, a intrat in vigoare **Legea nr.217/22.05.2003 pentru prevenirea si combaterea violentei in familie,** care a fost modificata si completata recent prin Ordonanta nr. 13/8 ianuarie 2004. Aceasta lege contribuie in mod semnificativ la evolutia legislatiei romanesti in ce priveste protectia drepturilor omului, tinand cont de frecventa cazurilor de violenta in familie si consecintele fizice si psihice deosebit de grave ale acestui fenomen. Din ultimul Raport Mondial asupra Violentei si Sanatatii, rezulta ca anual, peste un milion si jumatate de persoane isi pierd viata in urma unor acte de violenta (procentual inseamna ca 28,8 persoane la 100.000 de locuitori) si multe alte victime sufera din cauza comportamentelor de acest gen.

Violenta casnica a crescut alarmant in contextul unei societati generatoare de nemultumiri si frustrari, ce ofera premisele unui comportament violent in familie. Femeile sunt, in mod evident, parte vulnerabila din cadrul familiei, un fapt bine demonstrat de mass-media si de statisticile existente.Violenta domestica asupra femeilor reprezinta o amenintare permanenta, insotita sau nu de o ranire fizica sau psihica in cadrul relatiei cu partenerul, indiferent daca sunt sau nu casatoriti legal sau daca exista raporturi de familie intre ei, daca au aceelasi domiciliu. Conform legii, violenta in familie reprezinta orice actiune fizica sau verbala savarsita cu intentie de catre un membru de familie impotriva altui membru al aceleiasi familii, care provoaca o suferinta fizica, psihica, sexuala sau un prejudiciu material si, in acelasi timp, impiedicarea femeii de a-si exercita drepturile si libertatile fundamentale.

Atacul fizic sau sexual poate fi insotit de intimidari sau abuzuri verbale; distrugerea bunurilor care apartin victimei; izolarea de prieteni, familie sau alte potentiale surse de sprijin; amenintari facute la adresa altor persoane semnificative pentru victima, inclusiv a copiilor; furturi; controlul asupra banilor, lucrurilor personale ale victimei, alimentelor, deplasarilor, telefonului si a altor surse de ingrijire si protectie.

Abuzul in interiorul unei familii poate lua multe forme: abuzul verbal, refuzul accesului la resurse financiare, izolarea de prieteni si familie, amenintari si atacuri care in unele cazuri pot duce la moartea unuia dintre parteneri.

Expertii care cerceteaza aceasta problema sunt de acord ca violenta este un fenomen larg raspandit, mult mai raspandit decat arata sondajele, pentru simplul motiv ca unele fapte nu sunt raportate politiei sau spitalelor.

In aceste familii este evidenta izolarea sociala a sotiei de catre sotul violent, care nu doreste ca sotia lui sa aiba relatii sociale in cadrul carora sa-si poata marturisi suferinta si eventual sa poata primi un sprijin.

Conform legii, aceste cazuri de violenta in familie trebuie supuse **medierii la cererea partilor, mediere realizata de catre persoane specializate, prin consiliul de familie format din rude sau de catre mediatori autorizati**. Acesta mediere insa nu opreste desfasurarea procesului penal sau aplicarea de sanctiuni pentru cei care au savarsit

abuzuri. De asemenea, legea prevede si infiintarea de **Centre pentru adapostirea victimelor violentei in familie**, care sunt unitati de asistenta sociala ce asigura protectie, gazduire, ingrijire si consiliere victimelor violentei in familie, nevoite sa fuga de acasa. In acelasi timp, este interzis accesul in incinta adapostului a agresorului, acesta izolare a victimelor se face cu consimtamantul acestora.

Adaposturile publice sau private asigura gratuit atat victimei, cat si minorilor aflati in ingrijirea acesteia: protectie impotriva agresorului, ingrijire medicala, hrana, cazare, asistenta psihologica si consiliere juridica, pe o perioada determinata, pana la rezolvarea situatiei familiale. In cazul persoanelor care nu isi pot asigura singure cazarea si hrana, acestea vor avea drept de sedere in adapost pana la rezolvarea acestor probleme de catre stat sau de catre organizatiile neguvernamentale, prin cursuri de calificare profesionala.

La primirea in adapost, victima este ajutata din punct de vedere legal sa-si protejeze bunurile ramase la agresor. Acest ajutor este gratuit, la fel ca si ingrijirea medicala si psihiatrica, oferita victimei pentru a o ajuta sa treaca peste socul si trauma unei astfel de violente. Insa, in acelasi timp cu adapostirea si protejarea victimei, se poate incepe urmarirea penala si judecarea in instanta, la cererea victimei sau din oficiu, ori de cate ori exista probe sau indicii temeinice care dovedesc ca un membru al familiei a savarsit un act de violenta cauzator de suferinte fizice sau psihice asupra unui alt membru.

Din studiul situatiei violentei in familie, majoritatea infractiunilor savarsite intre membrii familiei le constituie cele de omor, tentativa de omor, loviri cauzatoare de moarte, pruncucidere, vatamare corporala grava, vatamare corporala, viol, act sexual cu un minor, perversiune sexuala, coruptie sexuala, incest, talharie, abandon de familie - art. 305 Cod penal (numai litera "a" - parasirea, alungarea sau lasarea fara ajutor, prin expunerea la suferinte fizice sau morale care se pedepseste cu inchisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amenda), rele tratamente aplicate minorului si punerea in primejdie a unei persoane in neputinta de a se ingriji.

Astfel infractiunea de rele tratamente aplicate minorului, prin care acesta este pus in primejdie grava de catre parinti sau de orice persoana careia minorul i-a fost incredintat spre crestere si educare, se pedepseste cu inchisoare de la 2 la 12 ani. Uciderea unei persoane se pedepseste cu inchisoare de la 10 la 20 de ani iar vatamarea corporala se pedepseste cu inchisoare de la 6 luni la 5 ani.

Important este ca toate persoanele care ajung victime ale violentei in familie sa-si cunoasca drepturile si sa apeleze cu incredere la institutiile si persoanele care le pot ajuta (Politie, centre de adapost, avocat, medic, psiholog, familie, prieteni etc.), fara teama si fara a-si ascunde suferinta, de care, in multe cazuri, se considera tot ele vinovate.

Un lucru mai putin luat in considerare pana acum este faptul ca in randul tinerilor a crescut fenomenul sinuciderii, a tentativelor de suicid si ca pe primul loc in randul cauzelor se afla climatul familial deteriorat si slaba comunicare in cadrul familiei.

Desi incidenta fenomenului este in scadere, se manifesta o acutizare a lui, in sensul cresterii intensitatii violentei (acte de cruzime).

Incidenta

	2000	*2001*	*2002*
O m o r	210	220	157
Loviri cauzatoare de moarte	44	49	32
Vatamare corporala	691	764	499

V i o l	56	66	39
Pruncucidere	31	39	36
Rele tratamente aplicate minorului	62	73	40

Legea privind combaterea violentelor familiale

Potrivit Legii 217/25 mai 2003, violenta in familie reprezinta *„orice actiune fizica sau verbala savarsita cu intentie de catre un membru de familie, impotriva altui membru al aceleeasi familii, care provoaca o suferinta fizica, psihica, sexuala sau un prejudiciu material”*.

De prevederile legii beneficiaza si persoanele care au stabilit relatii asemanatoare acelora dintre soti (concubinii) sau dintre parinti si copil, dovedite pe baza anchetei sociale.

Potrivit Inspectoratului General al Politiei Romane, orice persoana care considera ca este victima a violentei sau se simte amenintata trebuie sa stie ca violenta in familie este o infractiune prevazuta si sanctionata de Codul Penal.

In acelasi timp, violul comis in familie este pedepsit.Daca violenta fizica s-a produs, victima trebuie sa mearga la Serviciul Medico-Legal in cel mult 48 de ore de la comiterea agresiunii, pentru constatarea acesteia si eliberarea unui certificat medico-legal, care costa aproximativ 300.000 de lei. In plus, trebuie anuntata cea mai apropiata sectie de Politie, in cel mult doua luni de la producerea agresiunii. Pentru ca Politia sa poata apara de repetarea violentelor, este bine sa fie facuta o plangere care sa fie inregistrata la sectie.

Daca numarul de zile de ingrijiri medicale este sub 60 de zile, chiar daca Politia incepe urmarirea penala, victima se poate impaca in orice moment cu agresorul, iar impacarea inlatura raspunderea penala a autorului. Specialistii spun insa ca, de regula, dupa impacare violenta va deveni si mai mare.Pentru ca impacarea sa insemne si oprirea violentelor, incepind cu data de 25 august, vor fi instruiti si isi vor desfasura activitatea specialisti in medierea conflictelor.

Daca pericolul de agresare persista, Politia poate indruma victimele violentei in familie spre adapostul cel mai apropiat. De luni, in fiecare judet vor fi infiintate astfel de adaposturi. Acolo, victimele agresiunii si copiii acestora, vor beneficia de cazare pe o perioada determinata, masa, asistenta psihologica, juridica, medicala, si chiar de asistare in instanta. In cursul urmaririi penale sau a judecatii, instanta de judecata, la cererea victimei sau din oficiu, ori de cate ori exista probe sau indicii temeinice ca un membru de familie a savirsit un act de violenta cauzator de suferinte fizice sau psihice asupra unui alt membru poate dispune, in mod provizoriu, masura interzicerii agresorului de a reveni in locuinta familiei. Politistii recomanda victimelor ca, in momentul in care conflictul devine acut, sa stea cit mai aproape de usa. Daca sint lovite, este bine ca victimele sa strige dupa ajutor si sa paraseasca locuinta. De asemenea, este binevenit sprijinul unui vecin de incredere care, atunci cind aude strigatele de ajutor, sa cheme Politia.

Specialistii spun ca nu victima este vinovata de producerea violentei si ca asemenea fapte sint ciclice. Odata ce prima violenta s-a produs, este putin probabil ca agresiunile vor inceta.

In privinta **copiilor din aceste familii**, chiar daca nu sunt loviti de agresor, simplul fapt ca sunt martori la violenta le poate afecta dezvoltarea fizica si psihica, cu traumatisme adeseori ireversibile asupra lor. Copiii care traiesc in medii acut violente dezvolta in mai

mare masura comportamente agresive, uneori delincvente, cum ar fi consumul ilicit de droguri, aderarea la gasti de cartier, abandoneaza in mai mare masura scoala iar ca adulti devin, in majoritatea cazurilor, agresorii propriilor lor familii.

Violenta in familie reprezinta o serioasa problema de sanatate publica, **agresiunile impotriva femeii consituind o importanta cauza de deces si incapacitate de munca**, la fel de grava ca si cancerul, care afecteaza sanatatea intr-o masura mult mai mare decit accidentele de munca si malaria la un loc.

In multe cazuri, agresorul este foarte violent, mergind pina la uciderea sotiei, copilului sau altui membru al familiei. Dar cele mai frecvente agresiuni constau leziuni grave, leziuni in timpul sarcinii, la copii, sarcina nedorita si la virsta prea tinara, boli cu transmitere sexuala, inclusiv HIV/SIDA. Alte consecinte ale fenomenului sint cele de ordin psihologic, precum sinucidere, probleme de sanatate mintala sau reactiile neasteptate ale copiilor care asista la acte de violenta.

Pina in anul 2002, in Romania nu exista in cadrul legislativ nici o referire cu privire la acest fenomen. In Codul penal romanesc nu erau prevazute articole prin care violenta in familie sa fie incriminata si pedepsita, fiind prezazute articole prin care se pedepseau actele de violenta in general. Din noiembrie 2002, au fost facute modificari in Codul penal, actele de violenta domestica fiind pedepsite.

Problema violentei in familie a atins cote alarmante, majoritatea evenimentelor de acest fel fiind inregistrate in familiile sarace, dar fara sa fie excluse radical din familiie instarite de intelectuali.

Violenta in familie este un fenomen care, in mare masura, inca nu este constientizat de catre societate ca fiind ceva deosebit de grav. Poate de aceea sunt multi cei care prefera sa nu intervina in cazul in care asista la o asemenea scena, sau stiu ca asa ceva se petrece in imediata lor apropiere, in familiile cunoscutilor sau chiar a rudelor.

Romanul inca mai are conceptia ca nu e mare scofala sa-ti mai “boxezi” din cand in cand nevasta. De asemenea, multi sunt adeptii ideii ca “bataia este rupta din cer” si trebuie sa faca parte integranta din educatia unui copil. Iar aici nu vorbim despre o palma scapata la nervi o data la 3 ani, ci despre cazurile in care copiii sunt snopiti in bataie cu pumni, picioare, cu cureaua, dati cu capul de pereti sau alte pedepse de genul acesta, in urma carora raman rani fizice grave dar mai ales rani psihice si sufletesti deosebit de profunde.

In violenta domestica este inclus si **abuzul psihologic** care este devastator, fiind comparat cu tortura ostaticilor care de asemenea erau privati de libertate, de somn, fara a sti cand se vor manifesta din nou violentele. Erau terorizati, fiind in permanenta cuprinsi de sentimentul de frica.Violenta psihologica inseamna folosirea amenintarilor si a comportamentelor menite sa produca teama: ridicarea vocii sau pastrarea unei taceri prelungite precum si apelarea la cuvinte si actiuni care distrug increderea si imaginea de sine a femeii. Odata instalata teama de agresiune, amenintarile sunt suficiente pentru a mentine o stare permanenta de teroare si teama.

Uneori persoanele abuzate ajung sa se autoinvinovateasca pentru bataile pe care le primesc, avand o perceptie gresita asupra realitatii, cauzata de multiplele abuzuri la care aceastea sunt supuse.

Femeile agresate sunt treptat distruse psihic si rabda bataile partenerului lor de viata foarte multi ani inainte de a se hotari sa faca ceva pentru a schimba situatia. Iar cele care stau cu un barbat care le bate, le terorizeaza, si motiveaza ca “rabda de dragul copiilor”, gresesc profund. Pentru ca atmosfera incarcata de tensiune din casa ca si asistarea la

scandalurile dintre parinti si bataile primite de mama, ii afecteaza in mod deosebit pe copii, toate acestea avand consecinte vizibile pe tot parcursul vietii lor.

Datele oferite de catre Institutul pentru Cercetarea si Prevenirea Criminalitatii indica o dinamica ascendenta a **numarului de copii victime ale infractiunilor de natura sexuala.**Astfel, in 1998 numarul cazurilor inregistrate era de 379, in 1999 creste la 618, iar in 2002, conform datelor statistice, 295 de copii au fost victime ale abuzurilor fizice (vatamare corporala, lovituri cauzatoare de moarte, tentativa de omor, omor), 619 cazuri de abuz sexual (viol, perversiuni sexuale, incest, rele tratamente aplicate minorului) si 1170 cazuri de abandon familial.

Apreciem ca numarul cazurilor de abuz ce fac obiectul interventiilor si investigatiilor de specialitate este mult mai mare. Studiul realizat de „Salvati Copiii" pe un esantion de 425 cazuri evidentiaza existenta abuzului emotional in 90% din cazurile analizate si abuz fizic in 75% din cazuri.

Conform studiului cu reprezentativitate la nivel national (1556 parinti si 1295 copii) privind **incidenta cazurilor de abuz asupra copilului** realizat de ANPCA, OMS si Banca Mondiala situatia se prezinta astfel: 18,4% dintre parinti declara ca isi abuzeaza fizic copiii, in comparatie cu 24,2% cat declara copiii. 47,2% dintre parinti declara ca utilizeaza bataia ca metoda educativa in comparatie cu 84% dintre copiii chestionati. Referitor la alte forme de abuz, 25,6% dintre parinti recunosc ca isi expun copiii la diverse forme de abuz psihologic si 63,8% la agresiune verbala.

In cazul **abuzului sexual asupra copilului**, un singur caz a fost recunoscut de parinti, reprezentand un procent de 0,1%, procent care creste pana la 9,1% in cazul sondajului in randul copiilor.In ceea ce priveste situatia copiilor aflati in institutii de protectie, conform studiului realizat de UNICEF si IOMC pe un esantion de 3.164 de copii, aproape jumatate (48,1%) dintre copiii aflati in grupa de varsta 7-18 ani afirma ca sunt pedepsiti prin bataie de catre personalul institutiei. In ceea ce priveste abuzul sexual din datele studiului a reiesit ca 36,1% dintre copiii din institutii au auzit de obligarea unor copii la practici sexuale dar numai copiii din grupa de varsta 15-18 ani recunosc acest lucru.Copiii care au avut curajul sa recunoasca faptul ca ei au fost victimele unor astfel de abuzuri este foarte mic: 4,3%. Intre abuzatori sunt citati copiii din aceiasi institutie, personalul din institutie, copii din alte institutii si rude ale copiilor, intr-o pondere de sub 5%. Semnificativ este faptul ca aproape 30% dintre copii nu vor sa spuna cine este abuzatorul.

Copilul si indicatorii de abuz

A sesiza ca un copil este victima a abuzului este adesea dificil si aceasta cu atat mai mult cu cat el este mai mic.Primul motiv este ca abuzul survine, de obicei fara martori, in intimitatea caminului si ca povestea descrisa pentru a explica leziunile copilului este falsa. Ori elementul cel mai important in medicina pentru stabilirea unui diagnostic este tocmai istoria cazului. Necunoasterea acestei problematici este un alt factor care diminueaza sansele de identificare a unui abuz fizic. Chia si astazi, pregatirea viitorilor medici este in mod clar insuficienta in ceea ce priveste relele tratamente aplicate copiilor.

Atitudinile si credintele personale ale intervievantilor constituie o alta cauza. in fata copilului care prezinta leziuni traumatice suspecte, anumiti medici nu pot, pur si simplu, sa

creada ca ele au fost provocate voluntar de catre parinti, mai ales daca este vorba de o familie aparent corecta cu care ei au relatii bune. Singur faptul de a evoca aceasta posibilitate le provoaca disconfort. Mai degraba decat sa verifice veracitatea acestei ipoteze, ei prefera sa accepte de la inceput povestea unui accident sau evocarea posibilitatii unei boli rare pentru a explica leziunile copilului. Altii, temandu-se ca parintii sa nu fie acuzati fara a fi vinovati, nu semnaleaza situatia unui copil inainte de a avea certitudinea absoluta a unui diagnostic de abuz. Altii, chiar si cu o banuiala serioasa, refuza sa initieze un proces considerat ca o sursa de potentiale neplaceri (furia parintilor, redactarea rapoartelro si, mai ales, teama de o eventuala marturie in justitie).

Nu este vorba de a se indoi sistematic de toata lumea. Dar nici nu trebuie sa ne facem complicii parintilor care maltrateaza. Cu timpul abuzurile fizice devin din ce in ce mai severe. Deci, exista interesul de a le identifica cat mai repede pentru a porteja copilul.Etapa intai si fundamentala este de a considera aceasta posibilitate.

Totodata, a determina intr-o maniera definitiva ca un copil a fost maltratat nu intra in responsabilitatea medicului de prima linie. Medicii experti si intervenantii sociali care vor efectua ancheta vor avea nevoie de informatii culese de toti cei care au intervenit. Diagnosticul final este stabilit prin punerea in comun a unui ansamblu de indicatori, cu cat sunt mai multe informatii cu atat imaginea este mai clara. Locul de predilectie in care se intalnesc victimele abuzului fizic este departamentul de urgente a unui serivciu de spital

Situația cazurilor de violenta familiala în perioada 2004-2007 in Romania

Raportările trimestriale primite de la compartimentele județene si prelucrate de angajații Agenției Nationale de Statistica pentru a obține date statistice cu privire la cazurile de violență în familie şi la decesele înregistrate ca urmare a actelor de violență în familie.

Astfel, **numărul total de cazuri de violență în familie** înregistrate şi raportate în perioada **2004 – trimestrul III 2007** se ridică la: **33.730** cazuri şi **507** decese.

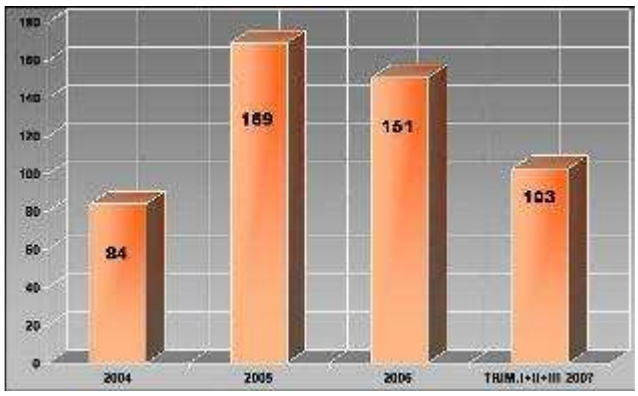
Situația deceselor

► **2004**: din totalul de 84 decese - 61 sunt de sex feminin (3 minori şi 58 adulți), 23 sunt de sex masculin;

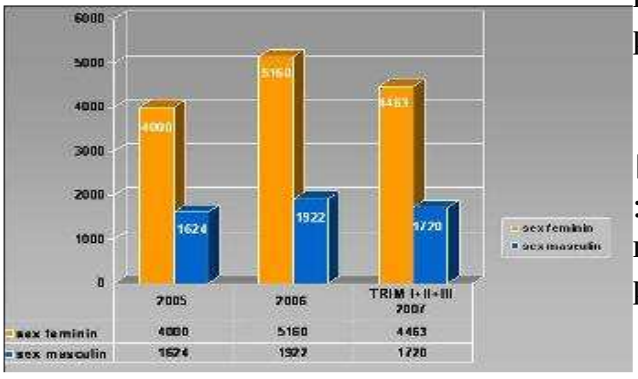
► **2005**: din totalul de 169 decese - 46 sunt de sex feminin (4 minori şi 42 adulți), 34 sunt de sex masculin, restul nu au sexul şi vârsta precizata;

► **2006**: din totalul de 151 decese - 67 sunt de sex feminin (9 minori, şi 58 adulți), 47 sunt de sex masculin, restul nu au sexul şi vârsta precizata;

► **2007**: pe primele trei trimestre din totalul de 103 decese – 50 sunt de sex feminin (6 minori şi 44 adulți), 27 sunt de sex masculin, restul nu au sex şi vârsta precizată.



Repartiția cazurilor de violenta familiala în funcție de sex



► **Anul 2005** - ***9537*** victime din care : 4000 de sex feminin, 1624 de sex masculin, restul nu au sexul şi vârsta precizată;

► **Anul 2006** – ***9372*** victime din care : 5160 de sex feminin, 1922 de sex masculin, restul nu au sexul şi vârsta precizată;

► **Anul 2007 TRIM I, II, III** - ***6717*** victime din care : 4463 de sex feminin, 1720 de sex masculin, 534 nu au sexul şi vârsta precizată.

Repartiția cazurilor de violență în familie pe regiuni

	ANUL 2005		ANUL 2006		ANUL 2007 TRIM I+II+III	
	Număr	%	Număr	%	Număr	%
REGIUNEA NORD - EST	1981	20,77	1318	14,06	735	10,94
REGIUNEA SUD - EST	1862	19,52	1979	21,12	1100	16,37
REGIUNEA SUD - MUNTENIA	1536	16,11	1997	21,31	1314	19,56
REGIUNEA SUD-VEST OLTENIA	474	4,97	1033	11,02	741	11,03
REGIUNEA VEST	972	10,19	717	7,65	541	8,05
REGIUNEA NORD - VEST	602	6,31	772	8,24	734	10,93
REGIUNEA CENTRU	725	7,60	831	8,87	918	13,67
REGIUNEA BUCUREȘTI ILFOV	1385	14,52	725	7,73	634	9,44
TOTAL CAZURI	9537	100	9372	100	6717	100

Instituțiile care raportează cazuri de violență în familie

INSTITUȚIA	ANUL 2004		ANUL 2005		ANUL 2006		ANUL 2007 TRIM I+II+III	
	Număr	%	Număr	%	Număr	%	Număr	%
AGENȚIA NAȚIONALĂ PENTRU PROTECȚIA FAMILIEI	14	0,17	0	0	17	0,18	12	0,17
COMPARTIMENT DIN DIRECTA DE MUNCĂ ŞI PROTECȚIE SOCIALĂ	77	0,95	98	1,027	59	0,63	263	3,92
CENTRUL PILOT DE ASISTENȚĂ ŞI PROTECȚIE A VICTIMELOR VIOLENȚEI ÎN FAMILIE	232	2,86	747	7,83	321	3,42	117	1,74
CENTRUL DE INFORMARE ŞI CONSULTANȚĂ PENTRU FAMILIE	66	0,81	18	0,18	0	0	1	0
INSPECTORATUL GENERAL DE POLIȚIE	4099	50,58	2852	29,90	3306	35,27	1328	19,77
INSPECTORATUL JANDARMERIEI	52	0,64	171	1,79	44	0,46	62	0,9
DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ŞI PROTECȚIE A COPILULUI	630	7,77	1952	20,46	2559	27,30	2289	34,07
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ	460	5,67	1087	11,40	469	5,0	319	4,74
SERVICIUL DE PROTECȚIE A VICTIMELOR ŞI REINTEGRARE SOCIALĂ A INFRACTORILOR	11	0,13	22	0,23	2	0	1	0
SERVICIUL DE MEDICINĂ LEGALĂ	0	0	356	3,73	1072	11,44	1318	19,62
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ COMUNITARĂ	5	0,06	0	0	0	0	3	0
ONG-URI	2458	30,33	2061	21,61	729	7,77	646	9,61
PARTENERI PUBLIC -PRIVAT	0	0	0	0	172	1,83	168	2,50
ALTE INSTITUȚII	0	0	173	1,81	622	6,63	190	2.82
TOTAL CAZURI	8104	100	9537	100	9372	100	6717	100

Prevenirea violentei în familie

Politia Româna se afla într-un proces continuu de adaptare a activitatilor sale specifice nevoilor comunitatii si de punere în acord a acestora cu dinamica normativa si institutionala. Înca din 1996, Serviciul de Prevenire a Criminalitatii, si mai târziu Institutul pentru Cercetarea si Prevenirea Criminalitatii, au desfasurat o serie de programe de prevenire a violentelor în familie, în parteneriat cu societatea civila.Programele de prevenire a violentei în familie initiate de Politia Româna, în parteneriat cu structuri guvernamentale si organizatii neguvernamentale au avut, în principal urmatoarele obiective: sensibilizarea opiniei publice în legatura cu amploarea si gravitatea acestei probleme sociale (campanii de constientizare în rândul populatiei, programe de educatie comunitara prin care s-a urmarit schimbarea mentalitatii si prejudecatilor populatiei, prin cristalizarea unor curente favorabile prevenirii si combaterii violentei în familie); identificarea, înregistrarea si monitorizarea cazurilor de violenta în familie; pregatirea politistilor pentru tratarea corespunzatoare a plângerilor victimelor violentei în familie; elaborarea unei strategii comune în scopul de a asigura un sprijin efectiv victimelor, care sa implice toate institutiile cu care este nevoie sa se coopereze (Parchetul, Instantele, organizatiile neguvernamentale, institutiile de îngrijire medicala); propuneri în domeniul legislativ, fie pentru elaborarea unor acte noi, fie pentru completarea celor existente.

VIOLENTA IN SCOALA

Mass-media, cercetarile si statisticile oficiale raporteaza o crestere spectaculoasa a fenomenului in ultimile trei decenii in mai multe tari ale lumii , astfel incat escaladarea violentei in scoala a devenit cea mai vizibila evolutie din campul educatiei formale.Daca, in fazele de inceput ale educatei scolare , predomina violenta profesorului asupra elevilor , democratizarea educatiei a antrenat o depalasare a violentei catre elevi , canalizand-o dinspre elevi spre profesori.

Violenta in scoala este o problema careia i s-a facut o publicitate considerabila in multe tari: SUA, Franta, Anglia, etc. si din nefericire aceasta lista s-a completat si cu Romania. Numeroase posturi de televiziune prezinta diverse scene de violenta petrecute in scoala romaneasca, de la cele mai usoare forme de violenta pana la cele mai dure.

Este dificil sa se realizeze discriminari intre conceptele de **agresivitate si violenta.** M.Floro (1996) incearca o diferentiere intre acestea in baza a trei criterii :

- un criteriu functional: agresivitatea este o potentialitate ce permite dirijarea actiunii ; ea tine mai mult de gandire , de analiza , in timp ce violenta este de ordinul actiunii noastre , o actiune adaptata obiectivului ce trebuie atins
- un criteriu de ordin topologic: agresivitatea ar fi mai ales interna , in timp ce violenta e mai ales externa
- un criteriu etic: in timp ce agresivitatea , inteleasa ca potentialitate care ii permite individului sa infrunte problemele,poate fi considerata acceptabila, violenta, in calitatea ei de actiune ce produce durere, este inacceptabila.

Exista trei teorii explicative ale comportamentului agresiv :

- agresivitatea este inascuta, pozitie sustinuta de autori precum Sigmund Freud si Konard Lorenz.In viziunea lui Freud oamenii se nasc cu instinctul de a agresa si de a fi violenti.
- agresivitatea e un raspuns la frustrare.Cei care sustin aceasta afirmatie pleaca de la convingerea ca agresivitatea este determinata de conditiile externe.Cea mai populara si cea mai cunoscuta este teoria frustrare- agresiune formulata de J.Dollard.Teoria lui Dollard a fost supusa ulterior unor revizii.
- agresivitatea este un comportament social invatat.Aceasta pozitie este legata , in special, de numele lui A.Bandura , care formuleaza teoria invatarii sociale a agresivitatii. Conform acestei teorii , comportamentul agresiv se invata prin mai multe modalitati : direct prin recompensarea sau pedespirea unor comportamente ; prin obervarea unor modele de conduita ale altora, mai ales ale adultilor.

Violenta scolara este de cele mai multe ori nefatala , dar poate cauza serioase prejudicii dezvoltarii persoanei.Jacques Pain (2000) identifica doua tipuri de violenta in mediul scolar:

- violentele obiective care sunt de ordinul penalului (crime si delicte) si asupra carora se poate interveni frontal
- violentele subiective, care sunt violente mai subtile , de atitudine, si care afecteaza climatul scolar.Sunt incluse aici dipsretul , umilirea, sfidarea, lipsa de politete, absentele de la ore..

Violenta fizica si cea verbala sunt doua dintre cele mai des intalnite tipuri de violenta in scolile din Europa.In Suedia , 22% dintre elevi de sex masculin cu varsta cuprinsa intre 13 – 17 ani au fost implicati in trei sau mai multe violente fizice in anul

2000. In Nurenberg , Germania , 53% dintre baieti au admis ca au fost implicati in violente fizice in scoala in anul 2000.

Un studiu britanic a ajuns la concluzia ca in fiecare an 10 elevi au tentative de suicid determinate de actele de violenta de la scoala; acelasi studiu arata ca 80% din victimele violentelor considera violenta verbala mai stresanta decat atacurile fizice, iar 30% din victime afirma ca agresiunile le afecteaza capacitatea de a se concentra asupra sarcinilor scolare.

Pe ansamblu , datele existente demonstreaza ca violentele scolare au o tendinta constanta de crestere, atingand **rata cea mai inalta la nivelul invatamantului gimnazial si liceal**; din punct de vedere al distributiei pe sexe, violentele sunt cele mai des intalnite la **baieti** , atingand frecventa maxima in jurul varstei de **15 ani**.

Sub eticheta „violenta" descoperim o diversitate de **forme de conduita** , care descriu, sub aspectul intensitatii, o linie continua: la intensitatea cea mai mica, violenta presupune confruntarea vizuala, poreclirea , tachinarea, ironizarea, imitarea in scop denigrator, in timp ce refuzul de a acorda ajutor, bruscarea, lovirea cu diverse obiecte, palmuirea sau impingerea, injunghierea si impuscarea sunt forme de intensitate crescuta ale violentei.

Mai cu seama in prezent, cultura adolescentilor pare a fi centrata pe violenta, fenomen la care au contribuit familia , scoala , industria divertisementului si mass-media.

Adolescenta este o perioada de transformari pe plan social, fizic , si psihic.Transformarile fizice care incep la pubertate sunt adesea foarte brutale si adolescentii le traiesc ca pe o mare metamorfoză.Transformarile pot determina sentimente de jena, timiditate, refuzul comunicarii etc. Deosebit de importanta in aceasta perioada este relatia pe care adolescentul o are fata de propriul sau corp aflat in transformare. Legat de acest aspect asistam la preocupari deosebite la adolescent in ceea ce priveste machiajul, coafarea parului , imbracamintea. Emotiile se manifesta in aceasta perioada cu un mare dinamism.Au loc treceri bruste de la stari de fericire la stari de descurajare sau deprimare, de la sentimentul de putere la cel de indoiala , de scadere a stimei fata de sine. Pentru a face fata acestor emotii , adolescentii dezvolta reactii de agresivitate si de opozitie fata de tot ceea ce inseamna autotritate (parinti , profesori , institutii).

Sub aspect temporal , adolescenta, este perioada de varsta situata intre copilarie, pe care o continua si varsta adulta, respectiv intre 12 – 13 ani si se termina intre 18 – 20 de ani (acesta incheiere sau terminare este relativa , deoarece atat aparitia cat si durata adolescentei variaza in functie de sex , rasa , conditii geografice si mediul social – economic).Este o perioada de restructurare afectiva si intelectuala a personalitatii. Ea este caracterizata ca o perioada ingrata ceea ce scoate in evidenta faptul ca este dificila si pentru adolescentii insisi cat si pentru cei care se afla in contact cu adolescenti.

Pe plan psihologic putem retine in principal urmatoarele trasaturi de care este marcata adolescenta: cautarea identitatii de sine, cautarea unui set personal de valori , achizitia abilitatilor necesare pentru o buna interactiune sociala , castigarea independentei emotionale fata de parinti, nevoia de a experimenta o varietate de comportamente, atitudini si activitati.

Adolescenta este asadar un camp extrem de dinamic, o perioada contradictorie, in care poate sa inceapa sa se manifeste sentimentul de durere , de tristete a depasirii copilariei , este o perioada suprasolicitanta pentru toti adolescentii , cu atat mai mult pentru

cei care au anumite predispozitii sau cauze insotite de conditii spre devianta si delincventa. Violentele intalnite in scoala la aceasta varsta , sunt semnalate din cauza ca baietii (intr-o proportie mult mai mica, si fetele) se afla la varsta confruntarilor fizice: a te masura cu sine si cu ceilalti face parte din afirmarea identitatii sexuale masculine, o forma de socializare prin lupta, apararea teritoriului.Aceste pariuri incalca regulile obisnuite ale conflictelor dintre adolescenti si pot genera violente individuale sau colective.

Multi adolescenti care prezinta un comportament antisocial sau delincvential au prezentat patternuri similare in copilaria mica sau mijlocie.Comportamentul antisocial precoce este un indicator cvasipredictor pentru violenta juvenila , in special la sexul masculin.(Patterson, Reid, Dishiomn , 1992)De cele mai multe ori , fetele se implica in conduite violente pentru a-si demonstra loialitatea fata de o prietena sau dragostea pentru un baiat.Si pentru adolescenti , dar mai ales pentru adolescente , sexualitatea este extrem de importanta.Sa fii atractiva sexual este o conditie a popularitatii unei fete in scoala.Preocupati sa isi afirme masculinitatea , baietii sunt in mod particular mai interesati sa faca multe cuceriri decat sa se implice doar intr-o singură relatie.Aceasta indiferenta in pereceprea importantei partenerului pentru status explica de ce fetele devin agresive cand se simt amenintate cu deposedarea obiectului iubirii lor de catre o rivala.Majoritatea fetelor dar si a baietilor cu conduite violente in scoala cred ca cea mai buna cale pentru a-ti demonstra iubirea/ loialitatea fata de partener este sa te bati pentru el.Chiar daca nu se ajunge la o adevarata confruntare fizica cu o/un rival/rivala , procesul de curtare, flirtul implica amenintarea cu violenta : lovirea , palmuirea , tachinarea se intalnesc mai frecvent la fete decat la baieti. Fetele si baietii care manifesta conduite violente in scoala explica acest comportament facand trimitere la relatia de supravietuire – vulnerabilitate.

Violenta scolara este asociata , in general , cu zonele urbane dificile, cu periferiile, acolo unde saracia este la ea acasa.De aceea , cand se vorbeste despre violenta in scoala, se considera drept **surse favorizante** atat factori exteriori scolii – factorul familial, factorul social, factorul individual, cat si un factor intern scolii – scoala ca sursa de violenta.

Factorul familial. Implicarea educatiei de tip familial in geneza deviantei a fost afirmata inca din secolul trecut de Cesare Lombroso in “Omul delincvent”.Cercetari mai noi privind rolul familei in etiologia deviantei au identificat o diversitate de factori cauzali cum ar fi: socializarea, climatul afectiv, coeziunea familiala, statusul economic si cultural etc.

Ancheta sociala efectuata de A.Bandura si H.R.Walters confirma faptul ca adolescentii agresivi provin, de regula, din familii in care parintii insisi sunt agresivi, si metodele disciplinare sunt neadecvate, fiind deseori brutale.Studiile privind relatiile dintre tatal tiran si adolescenti mentioneaza faptul ca adeseori pot avea loc conflicte, care pot sfarsi printr-o ruptura a relatiilor cu parintii si fuga de acasa a adolescentului precum si prin vagabondaj.

Climatul socio-afectiv si moral al familiei este mult mai perturbat atunci cand in familie sunt cazuri de alcoolism, de imoralitate si de antecedente penale.Adolescentii proveniti din familii cu perturbari ale climatului moral, socio-afectiv si cu o atmosfera conflictuala se pot asocia mai usor grupurilor delictogene.(H.G.Edler , J.Ranschburg).

In Marea Britanie, J.W.B.Douglas si F.M.Martin au gasit unele corelatii pozitive intre originea sociala a copiilor si succescul scoalar; nu atat venitul parintilor este important pentru reusita scolara, cat nivelul dezvoltarii cognitive, variabila ce depinde de

nivelul de cultura si educatie al parintilor. Familiile apartinand claselor inferioare valorizeaza mai putin instructia/educatia scolara ca factor de reusita sociala, preferand frecvent scolii o calificare rapida, un salariu si alte avantaje.

Referitor la **relatia dintre familia deorganizata si delincventa** , o meta-analiza a 50 de studii publicate pe aceasta tema, realizata de L.E.Wells si J.Rankin in 1997 a descoperit ca: prevalenta delincventei in familiile dezorganizate este cu 10 – 15 % mai mare decat in familiile oraganizate; corelatia dintre familia dezorganizata si delincventa juvenila este mai puternica pentru formele minore de conduita si mai slaba pentru formele grave de comportamnet infractional; nu exista o diferenta semnificativa intre impactul dezorganizarii familiei asupra fetelor si baietilor; tipul de dezorganizare pare sa afecteze delincventa juvenila astfel: asocierea cu delincventa este mai puternica in cazul familiilor dezorganizate prin divort sau separare comparativ cu dezorganizarea prin deces.

Influenta factorilor delictogeni familiali trebuie privita in interconditionarea multipla cu factorii extrafamiliali si cu cei psihoindividuali ai adolescentilor.

Factorul individual. Factorii individuali sunt grupati in doua categorii: factori constitutionali, dependenti de zestrea ereditara si de structura neuro-psihica (debilitate mintala, hiperemotivitate , autism , tendinte agresive) si de unele particularitati ale personalitatii (diferite tulburari de caracter sau atitudini negative, formate sub influenta unor factori defavorabili de mediu).

Cele mai cunoscute teorii psihlogice cu privire la personalitatea deviantului sunt: teoria personalitatii criminale(J.Pintel) , teoria disocialitatii (R.Mucchielli) si teoria autocontrolului (T.Hirschi si M.Gottfredson). Cele trei teorii sunt destul de asemanatoare si schiteaza urmatorul **portret al deviantului** caracterizat prin: intoleranta la frustrare, autocontrol deficitar, egocentrism, impulsivitate, nedezvoltarea sentimentelor morale, indiferenta si dispret fata de activitatile sociale utile, evitarea efortului voluntar, dorinta realizari unei vieti usoare, fara munca, opozitia fata de normele juridice, morale sociale, devalorizarea de sine, imaginea falsa despre lume.In majoritatea cazurilor, aceste simptome caracteriale apar inca din copilarie si se exacerbeaza in preadolescenta si adolescenta.

Un factor important al comportamentelor agresive este intoleranta la frustrare.Starea de frustrare se manifesta printr-o emotionalitate marita si, in funcite de temperamentul individului si de structura sa afectiva se poate ajunge la un comportament violent, individul nemai tinand seama de normele si valorile fixate de societate. **Frustrarea afectiva** este una din cauzele cele mai frecvente ale problemelor de comporament. In urma efectuarii unui studiu longitudinal asupra evolutiei copiilor cu dificultati de comportament s-a descoperit prezenta acestui factor in etiologia fenomenului intr-o proportie de 82 % din cazuri. Dobandirea tolerantei la frustrare depinde de nivelul de autocontrol, de temperament dar si de norma de internalitate.

Labilitatea afectiva reprezinta una din caracteristicile personalitatii celor violenti, ea manifestandu-se prin: sugestionarea rapida in raport cu impresiile de moment formate, lipsa unei autonomii afective (determinate de o slaba dezvoltare a emotiilor si sentimentelor superioare, indeosebi a celor morale).

Esecul scolar este un factor des intalnit la cei ce manifesta comportamente violente. Dintre indicatorii care sunt utilizati pentru aprecierea unei situatii de esec scolar sunt mentionati: abandonarea precoce a scolii, decalaj intre potentialul personal si

rezultate, parasirea scolii fara o calificare, incapacitatea de a atinge obiectivele pedagogice, inadaptarea scolara etc.

Inteligenta este un factor decisiv in adaptarea/ violenta scolara, dar considerata impreuna cu afectivitatea.Un copil inteligent gaseste mai multe solutii de adaptare (sau le gaseste mai usor), insa relatia afectiva cu adultul este cea care directioneaza folosirea inteligentei catre adaptari aprobate social sau catre adaptari neconventionale. Se apreciaza tot mai mult ca **intarzierile mintale reprezinta o premisa a violentei,** mai ales atunci cand nivelul scazut se asociaza cu tulburari afective si cu conditii nefavorabile de mediu.Deficientele intelectuale exprima dificultatea sau imposibilitatea celui in cauza de anticipare, pe plan mental, a urmarilor atitudinilor deviante adoptate.

Motivatia invatarii scolare care include motivele frecventarii scolii, motivele care il fac pe elev sa vrea sa dobandeasca cunostinte, sa-si foloseasca talentele, interesele cognitive, scopurile care il determina sa aspire la propria sa realizare ca fiinta umana, motivele interactiunilor cu colegii si cu profesorul. reprezinta un factor crucial care, pe de o parte determina performantele scolare, pe de alta parte regleaza nivelul si eficienta functionarii tuturor blocurilor functionale ale personalitatii: blocul cognitiei, cel al comunicarii, al afectivitatii, al memoriei etc.

Cercetarile efectuate de Walker (1998, 1990) indica faptul ca aproape toti copiii care prezinta riscul comportamentelor disociale si antisociale nu poseda nici macar competentele minimale pentru a avea succes scolar.Odata ce acesti elevi au fost respinsi de catre profesori si colegi au tendinta de a abandona scoala, de a se asocia in bande cu comportament violent. G.Weil vorbeste despre sindromul esecului scolar ca un factor de risc important in privinta cresterii violentei in scoala. Potrivit lui Weil, sentimentul de esec interiorizat antreneaza sechele psihologice profunde si durabile ce se exprima adesea prin comportamente violente. Si cercetarile efectuate de E.Glueck au demonstrat ca rata violentei scolare creste direct proportional cu indicele de esec.

Alcoolul, consumat mai ales in cantitati mari, se constituie intr-un important factor de risc in comiterea unor acte antisociale bazate pe violenta, iar drogurile, pot de asemenea, sa duca la un comportament violent, insa, in ce masura se poate realiza acest lucru depinde de mai multi factori,cum ar fi: tipul drogului, dimensiunea dozei si daca subiectul este sau nu real amenintat si pus in pericol.

Factorul social. Mediul social contine numeroase surse de influenta de natura sa induca, sa stimuleze si sa intretina violenta scolara: situatia economica, slabiciunea mecanismelor de control social, inegalitatile sociale, criza valorilor morale, mass-media, disfunctionalitati la nivelul factorilor responsabili cu educatia tinerilor, lipsa de cooperare a institutiilor implicate in educatie.Pentru tarile fost comuniste, cresterea violentei in general si nu numai a violentei scolare, este pusa pe seama unui complex de factori precum : liberalizarea mass-media, lipsa exercitiului democratic, cresterea libertatii generale de miscare, slabirea autoritatii statului si a institutiilor angajate in respectarea legii, accesul la mijloace de agresiune (I.Radu , 1994).

G.Basiliade releva urmatoarele contradictii de nivel societal, care sunt cauze de tip macrosocial ale deviantei (violentei): contradictiile intre stadiile diferite de dezvoltare socio-economica a unor zone, intre diferite modele socio- culturale, intre normativele morale ale societatii globale si moralitatea unor categorii de grupuri si persoane, intre valorile moral-cetatenesti si juridice si modul individual sau colectiv de raportare la ele.

Conjunctura economica si sociala provoaca anumite confuzii in randul tinerilor, care incep sa se indoiasca de eficacitatea scolii, de utilitatea stiintei.Si aceasta cu atat mai mult cu cat constata ca scoala nu le asigura insertia profesionala.Valorile traditionale promovate in scoala – munca, meritul , efortul – cunosc o degradare vizibila, astfel ca un mediu social in criza afecteaza profund dezvoltarea personalitatii adolescentului si a individului, in general.

Massmedia. Conform cercetarii efectuate de Consiliul National al Audiovizualului din Romania in anul 2005, 57% din video-clipurile publicitare pentru lansarea de albume de muzica contineau violenta. In programele televiziunilor din Romania primul loc este detinut de violenta fizica urmata de cea verbala. Asociatia Psihologilor Americani sustine ca cea mai expusa perioada de varsta in ceea ce priveste violenta prezentata la televizor este preadolescenta si adolescenta. Muzica difuzata prin intermediul unor posturi de televiziune si radio poate incita la violenta, de cele mai multe ori autorii acestor cantece inspirandu-se din realitate si anume din violenta intalnita in mediul in care traiesc.Unii adolescenti isi insusesc astfel un mod de a trai, considerand violenta un mijloc de supravietuire.

P.Ilut include in lista efectelor negative ale mass-mediei asupra violentei urmatoarele: dezinhibitia, desensibilizarea fata de victima, afectarea operationalitatii sistemului cognitiv, invatarea de tehnici de agresiune.

Prin difuzarea scenelor de violenta, mass-media este considerata alaturi de consumul de alcool si droguri, un factor de risc in manifestarea violentei.

Educatia. Comportamentele violente ale elevului isi pot avea originea si intr-un **management defectuos al clasei scolare , intr-o lipsa de adaptare a practicilor educationale la o populatie scolara considerabil schimbata.**

F.Dubet spune ca indiferenta profesorilor este cea mai importanta manifestare a dispretului fata de elevi.Sunt numerosi elevi care sufera ca urmare a acestor judecati negative ale profesorului, pentru ca ele vin sa intareasca propriul lor sentiment de indoiala, de descurajare , de lipsa de increderea in fortele proprii.Acest dispret, o data interiorizat , poate antrena un ansamblu de consecinte in plan comportamental: lipsa de comunicare, pasivitate la lectie, indiferanta sau, perturbarea lectiilor, dezvoltarea unor atitudini ostile, provocatoare.Forma de violenta cel mai frecventa **evocata de profesori e zgomotul,** produs prin comunicarea neautorizata intre elevi, in timp ce **elevii percep lipsa de comunicare** ca fiind principala forma de violenta din partea profesorilor fata de ei (alaturi de nedreptate si lipsa de intelegere).

In Romania , intr-un studiu experimental , efectuat de C.Havarneanu, realizat pe elevi de liceu a descoperit ca cele mai frecvente forme de agresivitate a profesorilor fata de elevi, asa cum sunt percepute de acestia din urma, sunt, in ordine descrescatoare: folosirea tonului ridicat, evaluarea neobiectiva, intimidarea elevilor, adresarea de injurii/ jigniri, amenintarea,lovirea, nervozitate permanenta, ironia, absenta raspunsului la solicitari.

Un profesor agresat are sanse mai mari sa fie victimizat din nou, comparativ cu un profesor care nu a fost agresat deloc.

Acest fenomen este greu de evaluat atat la nivel national, cat si la scara mondiala este greu de estimat, deoarece violenta fizica poate fi interpretata ca o problema interna, ce trebuie rezolvata prin mijloace interne mai degraba decat prin apelul la forurile competente.

Violenta in scoala este o expresie a violentei din societate; cand violenta se produce in scoala, ea conduce si la alte consecinte: alaturi de prejudicii, victimizare, uneori moarte, violenta din scoala reduce sansele elevilor de a-si dezvolta personalitatea pe deplin si de a dobandi o educatie de calitate.

Enumeram mai jos riscurile la care sunt supusi elevii in zilele noastre:

RISCURILE LA CARE SUNT EXPUSI ELEVII

1.**in scoala**

- abuzuri emotionale din partea unor colegi
- agresare verbala din partea elevilor problema
- riscul de a fi loviti, furati de bani sau obiecte
- agresarea verbala sau fizica a elevilor de catre unele cadre didactice
- contactarea unor boli transmisibile
- discriminare pe motive economice, sociale, rasiale, religioase
- invatarea unui limbaj vulgar, utilizat de catre o parte dintre elevi, adus din medii subculturale
- adoptarea, prin imitatie, a comportamentelor de risc:fumat, consum de alcool, droguri
- prezenta unor parinti in scoala cu scopul de a-si face dreptate in legatura cu fiul/fiica lor
- intimidarea si neputinta de autoaparare a unor copii
- patrunderea persoanelor straine cu intentii negative : de furt, talharire, santaj, escrocherie, recuperare de bani sau bunuri
- furturi intre elevi
- existenta unor grupuri negativiste cu influenta puternica in scoala
- accidente din jocuri nesupravegheate
- accidente datorate santierelor din incinta scolii
- incendii datorate unor instalatii vechi sau improvizate

2**. in afara scolii**

- agresiunea unor indivizi sau grupuri de indivizi delincventi, vizibili adesea in preajma scolilor atragerea elevilor in anturaje dubioase cu preocupari infractionale
- acceptarea modelelor de comportament violent ca masura de neutralizare a violentei
- contactul cu persoane venite dinafara localitatii sau a tarii si care exercita o influenta puternica asupra conduitei in formare a copiilor sau tinerilor
- adoptarea unor comportamente marginale ca: fuga de la ore, abandonarea scolii,vagabondajul agresivitatea parintilor, fratilor, bunicilor ca masura de disciplinare a copiilor
- conflicte intre copii/tineri si parinti, rezolvate adesea intr-un mod gresit
- parcurgerea unor distante mari spre si dinspre scoala, fara insotitor adult, riscul atacului de catre indivizi delincventi, animale nesupravegheate sau salbatice
- riscul accidentelor de circulatie datorat circulatiei aglomerate la orase si absentei trotuarelor pietonale, la sate
- accidente in gospodarile familiilor elevilor, acestia fiind solicitati frecvent la munci agricole
- neglijenta privind starea de sanatate a copiilor, alimentatia, igiena zilnica-corporala si intelectuala, manifestata atat de familie cat si de scoala sau institutiile sanitare
- nesupravegherea copiilor, in familie,dupa amiaza

- vizionarea televizorului, utilizarea calculatorui, frecventarea discotecilor, internet-cafe`-urilor, fara nici un control din partea adultilor.

TIPURILE DE VIOLENTA LA CARE SUNT EXPUSI ELEVII/ PROFESORII

-elevii :

-violenta emotionala, vulgaritatea de limbaj, dinspre elevii cu comportament indezirabil
-violenta fizica din partea colegilor mai mari sau mai puternici
-agresiunea parintilor sau altor membrii ai familiei, ca metoda de rezolvare a nemultumirii fata de copil
-stress provocat de parintii cicalitori, de cerintele prea mari fata de copii in legatura cu performantele lor scolare
-critica si sanctiunile exagerate ce vin dinspre profesori, care nu-si cunosc suficient de bine elevii
-violenta stradala, escrocherii, santaj din partea unor tineri fara ocupatie, a gastilor de cartier
-frustrarea datorata unor probleme de natura socio-economica
-violuri, perversiuni sexuale, pornografie- intre elevi sau provocate de persoane dinafara scoli

-profesorii :

-atitudini si limbaj trivial, vulgaritate din partea elevilor
-agresivitate nonverbala, atitudini sfidatoare din partea elevilor sau persoanelor dinafara scolii
-vestimentatie provocatoare,etalarea opulentei familiei, violenta emotionala
-ostilitate in atitudini sau/si agresivitate fizica
-impolitete,insulte,obraznicie, nesupunere, amenintari, reprosuri din partea elevilor
-comentarii impertinente la observatiile profesorilor,parasirea clasei in timpul activitatilor, gesturi care genereaza disconfort in interactiunea acestora cu elevii si parintii
-violenta verbala, amenintari si chiar violenta fizica din partea unor parinti
-suspiciuni,contestarea autoritatii, corectitudinii si competentei profesionale a unor cadre didactice de catre elevi si parinti
-existenta unor grupuri organizate care terorizeaza scoala, pe unii profesori
-violuri, perversiuni sexuale, lovire, talharire...

CAUZELE VIOLENTEI LA ELEVI

- **cauze de ordin genetic**: devieri comportamentale explicabile pe baza de date genetice ; timiditatea, labilitatea emotionala, nivelul scazut de rezistenta la conflicte, tulburari emotionale grave care determina structura dizarmonica a personalitatii unor elevi ; carente afective de stimulare cognitiva; esecuri personale de adaptare si integrare scolara

- **cauze ce tin de specificul varstei scolare** :modificarile hormonale caracteristice varstei scolare determina si modificari comportamentale, uneori nedorite ; teribilismul adolescentin ; contactul elevilor in orele de instruire practica organizate deficitar ;sentimentul acut al singuratatii in conditiile cand parintii alearga obsedati de castiguri banesti ,neacordand timp si rabdare framantarilor copiilor/tinerilor in formare.

- **carente de ordin legislativ**, la nivelul sistemului social in general si al celui scolar, in special : incoerenta legislativa, instabilitatea sistemului legislativ determina, in general, sfidarea legilor, regulamentelor sau normelor de convietuire sociala fara riscul sanctionarii faptelor;

- **cauze de ordin moral**, criza generala a sistemului de valori :lipsa unor motive inalte in pregatirea scolara si profesionala genereaza dezinteresul elevilor si parintilor fata de scoala ; potentialul financiar al unor parinti determina atitudini parazitare din partea fiilor/fiicelor acestora ; disparitia/deprecierea vizibila a modelului familiei traditionale ; conceptul de democratie preluat intr-o maniera deformata pe toate palierele socialului

- **cauze de natura pedagogica**, la nivelul scolii si al familiilor :volumul excesiv al informatiei nu lasa locul si timpul necesar preocuparilor pentru educatie ; tonul agresiv al educatorilor, bruscarea elevilor, aprecierea nedreapta cu note sau calificative ;greseli atitudinale,de relationare si castigarea autoritatii moral-profesionale; abuz emotional si fizic din partea cadrelor didactice sau a parintilor ;nesupravegherea atenta a elevilor in unele activitati sau in recreatii ;lipsa de autoritate a unor profesori ;abordarea gresita a elevilor la unele ore, de catre unii profesori genereaza frustrare si agresivitate ; indulgenta si superficialitatea cu care sunt tratate unele probleme grave de comportament al elevilor genereaza sfidare si dispret pentru regulamente si norme scolare ;nivelul scazut de educatie si carentele culturale ale parintilor ;incapacitatea parintilor de a-si educa si stapani copiii ;conflicte intre familiile elevilor ; incoerenta in sanctionarea abaterilor ;programe educative formale, ineficiente-inclusivpentru parinti; absenta psihologilor din majoritatea scolilor si localitatilor rurale ;diminuarea legaturilor traditionale intre scoala si familie, cadrele didactice par tot mai dezarmate in incercarea lor de a face din parinti partenerul principal in educatie ;
- **situatia socio-morala si economica in unele familii :saracia si promiscuitatea din numeroase familii** ; comportamentul agresiv in familie, pe fondul neajunsurilor de ordin material, al consumului de alcool sau al crizei generale a valorilor morale ; numarul mare de familii dezorganizate, cu parinti divortati, configurate consensual, atipic ;
- **aspecte nascute de criza societatii in tranzitie** :existenta unui numar prea mare de discoteci cu program non-stop, baruri si alte locuri de distractie in localitati, inclusiv la sate ; lipsa de comunicare intre copii si parinti, fie din cauza plecarii celor din urma in strainatate fie din cauza diferentelor de mentalitate ; abandonarea de catre parinti a functiei educative, pe fondul preocuparii exagerate pentru acumularea de bani si bunuri materiale ; accesul nelimitat al elevilor la informatii neadecvate varstei sau particularitatilor individuale, prin tv, internet s.a. ; ascultarea necontrolata a unei muzici neselectate ; accesul la alcool si droguri ;
- **cauze generate si/sau alimentate de mass-media** : agresivitatea, violenta si sexualitatea reprezinta principalul continut al unor emisiuni tv.; lipsa/ raritatea modelelor pozitive in mass-media;
- **cauze ce tin de managementul scolii, la nivel micro si macro-social** : lipsa unor spatii si preocupari ale scolii si comunitatii pentru desfasurarea unor activitati recreative, educative, reconfortante, distractive (cluburi ale tinerilor, terenuri de sport, parcuri de distractie etc.) ; deprecierea imaginii a scolii in urma prezentarii la TV.a unor evenimente izolate din scoli.

MASURI DE COMBATERE A VIOLENTEI SCOLARE

1.**respectarea stricta a Regulamentului scolar si al Regulamentului de ordine interioara prin :**
-cunoasterea continutului acestor regulamente de catre fiecare elev si parinte
-aplicarea stricta, prompta si corecta a prevederilor acestor regulamente, in toate cazurile, in mod gradual si cu comunicarea acestor masuri catre cei in cauza
-popularizarea actelor si sanctiunilor administrate, in randul elevilor si parintilor, ca mijloc de descurajare a acestor acte.

2.**intarirea pazei si ordinii in scoala** prin :
-contracte cu institutii de paza si protectie, asigurarea de fonduri banesti pentru plata angajatilor permanenti in asigurarea pazei si protectiei elevilor si cadrelor didactice pe timpul programului
-intarirea pazei si ordinii prin personalul propriu angajat, pe intreaga perioada a cursurilor
-supravegherea permanenta a incintei scolii cu ajutorul unor camere video(unde e posibil)
-accesul in scoala se va asigura pe o singura intrare

-imbunatatirea serviciului pe scoala al cadrelor didactice pentru evitarea oricaror evenimente nedorite in viata scolii, supravegherea atenta a elevilor pentru evitarea oricaror accidente sau evenimente nedorite
-sesizarea prompta catre organele de ordine ale statului a oricaror evenimente sau acte de violenta ce s-au manifestat sau risca sa se produca in unitatile scolare, colaborarea stransa cu politia locala sau de proximitate si cu jandarmeria
-se va acorda atentie speciala elevilor sau grupurilor potential-agresive, desfasurand activitati de preventie a faptelor negative.

3**.imbunatatirea activitatii educative**

- teme de dirigentie pe tema deviantei comportamentale, delincventei juvenile, violentei de orice fel, infractionalitatii, la toate clasele ,cu continut adaptat varstei si caracteristicilor clasei ;
- prezentarea unor cazuri aparute in presa si analizarea acestora cu elevii
- consilierea psihologica a elevilor cu probleme comportamentale precum si a celor care sunt victime ale violentei sau unor forme de abuz ;
- programe de preventie cu accent pe dezvoltarea personala, psiho-emotionala a elevilor ;
- dezvoltarea retelei de medicina scolara , medicul scolar impreuna cu psihologul ar putea desfasura o buna activitate de preventie privind comportamentele de risc
- consilierea dirigintilor, profesorilor, parintilor pe problemele comunicarii si relationarii cu copiii
- desfasurarea unor programe si proiecte educationale , in parteneriat cu institutiile furnizoare de sevicii in combatere a infractionalitatii
- organizarea de actiuni educative atractive, cu elevii si parintii inclusiv concursuri pe aceasta tema
- revederea tematicii lectoratelor cu parintii si a tematicii sedintelor pe clase, in sensul cuprinderii unor dezbateri orientate pe problematica violente
- instaurarea in fiecare scoala a unei atmosfere de seriozitate si respect pentru valori real
- combaterea prompta a oricaror acte de violenta, sub orice forma s-ar manifesta aceasta
- examinarea psihologica a elevilor cu probleme comportamentale
- monitorizarea elevilor si faptelor reprobabile, activitati lunare cu elevii-problema
- analiza periodica,in consiliul profesorilor si in careul scolii, a evenimentelor din perioada respectiva si comunicarea masurilor stabilite de conducerea unitatii
- instituirea unei comisii de disciplina la nivelul scolii cu atributii specifice
- recuperarea, prin fapte exemplare, a prestigiului scolii in fata comunitatii ; acest deziderat trebuie avut in vedere si la nivelul institutiilor centrale sau judetene, responsabile de destinul scolii romanesti

4.**intarirea legaturii scolii cu familia si comunitatea locala :**
-o mai stransa colaborare cu familiile elevilor , cu biserica , cu primaria, politia, justitia, institutile sanitare
-vizitarea periodica a elevilor la domiciliul acestora, sau comunicarea prin mijloacele moderne cu parintii
-actiuni in echipe mixte: profesori-elevi-parinti-psihologi-cadre medicale-politist-jandarmi, pentru activitati de informare si preventie a unor fapte sociale reprobabile

5.alte masuri :
-introducerea uniformelor scolare, a unor insemne distinctive pentru elevii din fiecare scoala, a legitimatiilor de elev, interzicerea utilizarii telefoanelor mobile etc.

CAPITOLUL V

FEMEILE GRAVIDE –PERSOANE CU CERINTE SPECIALE

Si gravida este o persoana cu particularitati individualizante, fapt care o incadreaza in categoria persoanelor cu cerinte speciale si , de aceea, ea trebuie sa-si formeze un regim si un stil de viata aparte, tocmai pentru evitarea nasterii unui copil cu deficiente si pentru mentinerea propriului organism drept unul sanatos si dupa nastere.

Recomandari pentru urmarirea prenatala de rutina a femeii gravide sanatoase

Ideea principala a acestor recomandari este aceea ca sarcina este un proces fiziologic si in consecinta orice interventii asupra ei trebuie sa aiba avantaje documentate si sa fie acceptate de femeile gravide. Aceste recomandari au fost elaborate cu scopul de a oferi informatii despre practica medicala optima pentru ingrijirile clinice de baza in sarcina si informatii clare despre ingrijirea prenatala a gravidei sanatoase cu sarcina cu fat unic si necomplicata. Aceste informatii medicale sunt bazate pe dovezi pentru clinicieni si femeile gravide oferindu-le posibilitatea sa ia decizii legate de tratamentul optim in situatii specifice.

Frecventa consultatiilor prenatale

Pentru o gravida nulipara cu o sarcina necomplicata, se vor programa 10 consultatii, iar pentru o gravida multipara cu o sarcina necomplicata se vor programa 7 consultatii.

Prima consultatie

Prima consultatie trebuie sa fie precoce in sarcina (**inainte de 12 saptamani**), din cauza numarului mare de informatii necesare in sarcina poate fi nevoie de 2 consultatii. La prima (si la a doua) consultatie:

-Se ofera informatii cu posibilitatea de a discuta diferite aspecte si intrebari; se ofera informatie verbala sustinuta de informatie scrisa (despre subiecte ca dieta si mod de viata, servicii legate de urmarirea sarcinii, avantajele sarcinii si informatii suficiente pentru a oferi posibilitatea unei decizii informate legata de testele de screening)
-Identificare gravidelor cu risc si intocmirea unui plan de urmarire prenatala pentru acestea
-Testarea pentru grupa de sange si Rh
-Screening pentru anemie, anticorpi anti-D, Ag HBs, HIV, serologie rubella si sifilis
-Screening pentru bacteriurie asimptomatica
-Screening pentru sindrom Down
-Examinare ecografica precoce in sarcina pentru stabilirea varstei gestationale
-Screening ecografic pentru anomalii structurale fetale (20 saptamani)
-Masurarea IMC si TA si examen sumar de urina pentru proteinurie.

Dupa prima (si posibil a doua) consultatie, pentru gravidele care opteaza pentru screening, urmatoarele teste trebuie efectuate inainte de 16 saptamani (exceptie face screeningul serologic pentru sindrom Down care poate avea loc pana la 20 saptamani):

-Teste sangvine (pentru grupa de sange si Rh si screening pentru anemie, anticorpi anti-D, virus hepatitic B, serologie rubella si sifilis)
-Teste urinare (pentru proteinurie si screening pentru bacteriurie asimptomatica)

-Examen ecografic pentru stabilirea varstei gestationale folosind: LCC la 10-13 saptamani si DBP sau CC la peste 14 saptamani
-Screening pt sindrom Down folosind: Translucenta nucala la 11-14 saptamani si Screening serologic la 14-20 saptamani

La 16 saptamani se urmaresc:
-Evaluarea, discutarea si notarea rezultatelor tuturor testelor efectuate; revizuirea planului de urmarire prenatala si identificare gravidelor cu risc care necesita atentie sporita
-Investigarea unui nivel de hemoglobina mai mic de 11g/dl si luarea in discutie a suplimentarii cu fier
- Masurarea TA si examen sumar de urina pentru proteinurie
-Se ofera informatii cu posibilitatea de a discuta diferite aspecte si intrebari, se ofera informatie verbala sustinuta de informatie scrisa si cursuri prenatale.

La 18-20 saptamani:
-daca gravida doreste se va efectua un examen ecografic pentru depistarea anomaliilor structurale fetale.
-Pentru gravidele a caror placenta acopera la aceasta varsta gestationla orificiul cervical intern, se va efectua o noua examinare ecografica la 36 saptamani.

La 25 saptamani:
O noua programare va fi facuta pentru nulipare. La acesta consultatie se vor efectua:
-Masurarea si inregistrarea in grafic a inaltimii fundului uterin
-Masurarea TA si examen sumar de urina pentru proteinurie
-Se ofera informatii cu posibilitatea de a discuta diferite aspecte si intrebari, se ofera informatie verbala sustinuta de informatie scrisa si cursuri prenatale

La 28 saptamani:
-Se ofera screening pentru anemie si anticorpi anti Rh
-Se investigheaza un nivel de hemoglobina mai mic de 10.5g/dl si se considera inceperea suplimentarii cu fier
-Se ofera imunoglobulina anti-D la gravidele cu Rh negativ
-Se masoara TA si se efectueaza examen sumar de urina pentru proteinurie
-Se masoara inaltimea fundului uterin
-Se ofera informatii cu posibilitatea de a discuta diferite aspecte si intrebari, se ofera informatie verbala sustinuta de informatie scrisa si cursuri prenatale

La 31 saptamani (pentru nulipare):
-Se masoara TA si se efectueaza examen sumar de urina pentru proteinurie
-Se masoara inaltimea fundului uterin
-Se ofera informatii cu posibilitatea de a discuta diferite aspecte si intrebari.
- Se evalueaza, se discuta si se inregistreaza rezultatele testelor efectuate le 28 saptamani ; se reevaluaza planul de urmarire prenatala si se identifica gravidele cu risc care necesita ingrijiri suplimentare

La 34 saptamani:
-Se ofera o a doua doza de imunoglobulina anti-D la gravidele cu Rh negativ
-Se masoara TA si se efectueaza examen sumar de urina pentru proteinurie
-Se masoara inaltimea fundului uterin

-Se ofera informatii cu posibilitatea de a discuta diferite aspecte si intrebari, se ofera informatie verbala sustinuta de informatie scrisa si cursuri prenatale
-Se evalueaza, se discuta si se inregistreaza rezultatele testelor efectuate le 28 saptamani ; se reevaluaza planul de urmarire prenatala si se identifica gravidele cu risc care necesita ingrijiri suplimentare.

La 36 saptamani:
-Se masoara TA si se efectueaza examen sumar de urina pentru proteinurie
- Se masoara inaltimea fundului uterin
-Se evalueaza pozitia fatului
-Pentru gravidele cu prezentatie pelviana se ofera posibilitatea versiunii cefalice externe
-Se evalueza ecografic situarea placentei daca la examenul ecografic anterior placenta se situa la nivelul orificiului cervical intern
- Se ofera informatii cu posibilitatea de a discuta diferite aspecte si intrebari, se ofera informatie verbala sustinuta de informatie scrisa si cursuri prenatale

La 38 saptamani
-Se masoara TA si se efectueaza examen sumar de urina pentru proteinurie
-Se masoara inaltimea fundului uterin
-Se ofera informatii cu posibilitatea de a discuta diferite aspecte si intrebari, se ofera informatie verbala sustinuta de informatie scrisa si cursuri prenatale

La 40 saptamani(pentru nulipare)
-Se masoara TA si se efectueaza examen sumar de urina pentru proteinurie
-Se masoara inaltimea fundului uterin
-Se ofera informatii cu posibilitatea de a discuta diferite aspecte si intrebari, se ofera informatie verbala sustinuta de informatie scrisa si cursuri prenatale

La 41 saptamani (pentru gravidele care nu au nascut pana la 40 saptamani)
- Se poate oferi posibilitatea decolarii membranelor
-Se poate oferi posibiltatea declansarii travaliului Se masoara TA si se efectueaza examen sumar de urina pentru proteinurie
-Se masoara inaltimea fundului uterin
-Se ofera informatii cu posibilitatea de a discuta diferite aspecte si intrebari, se ofera informatie verbala sustinuta de informatie scrisa.

Pe parcursul intregii urmariri prenatale personalul medical trebuie sa ramana vigilent legat de semnele si simptomele unor conditii patologice care pot afecta sanatatea femeii gravide si a fatului cum ar fi violenta domestica, preeclampsia si diabetul zaharat.

Dat fiind dinamismul si complexitatea sarcinii, miile de mici miracole ce se intampla cu o rapiditate fantastica in organismul fatului, si adaptarea corpului mamei pentru a permite dezvoltarea acestuia, este usor de inteles cat de important este ca femeia gravida sa acorde o atentie speciala ingrijirii sale in toata aceasta perioada.

Viitoarea mama trebuie sa stie multe lucruri despre sarcina sa si mai ales trebuie sa aiba mare grija **ce are voie sa faca (sau sa nu faca**) in toata aceasta perioada, pentru binele sau si al copilul sau.

In primul rand, trebuie sa stie ca este obligatorie **urmarirea evolutiei sarcinii**, de catre medicul de familie. Ca urmare, femeia trebuie sa se prezinte la acesta cat mai devreme dupa ce presupune sau afla ca este inarcinata, pentru "luarea in evidenta". Dupa aceea, din luna a treia si pana la sfarsitul lunii a saptea, gravida trebuie sa mearga la control

o data la 4 saptamani, pentru ca sarcina sa poata fi urmarita in evolutie si eventual identificate din timp problemele ce ar putea sa apara. Dupa saptamana 28 de sarcina, femeia trebuie consultata bilunar, de preferat de acum de catre un medic specialist obstetrician; din saptamana 37, consultatiile vor fi saptamanale.

De asemenea, la inceputul sarcinii trebuie realizat obligatoriu, la indicatia medicului, un **set de analize** (vezi listele prezentate mai sus) care urmaresc sa identifice acele gravide "cu risc crescut" (gravide care trebuie urmarite cu mai mare atentie pentru a evita posibilele complicatii). Unele analize vor fi repetate si ulterior pe parcursul perioadei de gestatie. Dintre investigatiile ce vor fi realizate amintim: grupa sanguina si Rh-ul la ambii parinti, nivelul hemoglobinei, analiza urinei, test Babes-Papanicolau, teste serologice pentru sifilis. De asemenea, testarea pentru virusul HIV, desi nu obligatorie, este gratuita pentru femeile gravide.
Pe parcursul consultatiilor prenatale, medicul va masura obligatoriu greutatea si tensiunea arteriala a pacientei, care sunt importanti parametri de urmarire a starii sarcinii.

Gravida trebuie sa raporteze imediat medicului daca prezinta unul dintre urmatoarele **semne sau simptome de alarma**: sangerare vaginala, durere de cap severa si continua, incetosarea vederii, durere abdominala, voma persitenta, frioane sau febra, probleme (dureri, usturimi) la urinat, scurgeri de lichid din vagin, modificari marcate in frecventa sau intensitatea micarilor fetale.

Regimul alimentar din timpul sarcinii.

Femeia gravida de greutate medie trebuie a manance cam cu 300-400 calorii/zi mai mult decat inainte de a fi insarcinata. Aceasta inseamna un consum zilnic de 2.400-2.500 calorii.Proteinele, indispenabile cresterii fatului, sunt esentiale. In timpul sarcinii, femeia necesita un aport zilnic de 1,3 - 1,5g proteine/kg corp/zi. De preferinta proteinele trebuie obtinute din surse animale (carne, lapte, oua, branza, peste). Dintre acestea, un rol fundamental in alimentatia femeii gravide il au produsele lactate, deoarece ele aduc un alt element indispensabil dezvoltarii copilului: calciul. Aportul zilnic de calciu recomandat este de 1200mg (care poate fi obtinut din aproximativ un litru de lapte). Fierul este de asemenea necesar pentru sinteza hemoglobinei, atat atat pentru fat cat si pentru volumul crescut de sange al mamei; dintre alimente, el se gaseste in ficat, carne, fasole uscata, vegetale cu frunze verzi, boabe de cereale intregi, fructe ucate. Pentru evitarea anemiei, se recomanda de asemenea ca incepand cu a doua jumatate a sarcinii, femeia sa foloseasca, la indicatia medicului, preparate farmaceutice pe baza de fier (30-60 mg fier elementar zilnic). Acidul folic este una dintre vitaminele indispenabile gestatiei normale; el se gaseste in multe dintre alimentele ce contin fier si proteine, iar necesarul in timpul sarcinii este de 1mg/zi.

Adaptarea stilului de viata al gravidei

Exercitii fizice: pentru sarcina normala, nu este necear ca femeia sa ii restranga activitatea fizica, cu conditia ca ea sa nu o oboseasca excesiv. Gimnastica, sub supraveghere de specialitate, pare sa influenteze favorabil evolutia sarcinii si nasterea.

Constipatia: datorita modificarilor mecanice si hormonale, in timpul sarcinii exista un risc crescut de aparitie a constipatiei. Aceasta poate fi combatuta prin aport crescut de lichide, exercitii fizice, alimente bogate in fibre, lacative usoare.

Actul sexual: desi unii autori sunt de parere ca actul sexual nu dauneaza in nici un moment al sarcinii - daca aceasta nu este complicata, in mod traditional se considera ca

activitatea sexuala trebuie redusa in ultimul trimestru de sarcina, si practic stopata din saptamana 37 de gestatie.

Fumatul si consumul bauturilor alcoolice sunt practic interzise pe tot parcursul sarcinii, datorita ricurilor pe care le implica pentru sanatatea fatului.

Igiena corporala si cea intima: baia si dusul sunt recomandate in timpul sarcinii, cu atentie sporita in ultimele doua luni de zile, cand mai ales in cazul baii, abdomenul marit de volum poate duce la accidente (se recomanda dusul in aceasta perioada).

Vestimentatia: hainele trebuie sa fie comode si sa nu stranga, in special in regiunea abdomenului; hainele trebuie a fie adecvate conditiilor de anotimp si temperatura. Incaltamintea se recomanda sa fie fara toc inalt, comoda, datorita solicitarii coloanei vertebrale lombare.

Igiena bucala: sarcina favorizeaza aparitia au uneori agravarea cariilor dentare. De aceea igiena bucala trebuie respectata si este indicat controlul stomatologic pe parcursul arcinii.

Medicatia: orice medicament administrat in timpul sarcinii prezinta riscul de a traversa placenta si de a ajunge la fat, unde poate determina anomalii de dezvoltare. Numai medicul este cel care va poate recomanda folosirea unui anumit medicament pe perioada de gestatie. Chiar si simpla aspirina poate prezenta anumite riscuri (scade coagulabilitatea sanguina), in aceasta perioada extrem de sensibila.

Regimul in timpul sarcinii

In timpul celor 40 de saptamani ale unei sarcini normale, in corpul unei femei gravide au loc multe schimbari, schimbari care au ca unic scop reglarea metabolismului mamei, proces care duce la se cresterea embrionului uman si la pregatirea mamei pentru nastere si pentru alaptarea la san.Schimbarile corpului mamei sunt foarte vizibile in timpul unei sarcini normale: greutatea creste de la 10 pana 17 kilograme. Media de crestere in greutate este de 12 kilograme. Cresterea greutatii mamei depinde in totalitate de tipul somatic al femeii inainte de sarcina. Copii nou-nascuti ai unor femei slabe, subnutrite, sunt vulnerabili la boli, iar copiii femeilor mai plinute pot prezenta probleme ale sistemului nervos.

Unul dintre cele mai importante aspecte ale unei sarcini este regimul alimentar tinut de catre noua mamica, pentru ca anumite organe a embrionului cresc in stadii. De exemplu, un regim alimntar prost tinut la inceputul sarcinii influenteaza cresterea normala a inimii sau a creierului a embrionului. Un regim alimentar defectuos spre sfarsitul sarcinii influenteaza negativ cresterea si functionarea plamanilor bebelusului. Surplusul de calorii necesar unei gravide pe perioada sarcinii ajunge undeva la aproximativ 40.000 - 70.000, ceea ce inseamna aproximativ 300 de calorii zilnic, cu o mica crestere la al doilea si al treilea trimestru al sarcinii. Acesta surplus de calorii va ajuta pe mama sa faca fata nevoilor a organismului ei si al bebelusului in timpul sarcinii. Nevoia de proteine este mult mai mare in timpul sarcinii unei femei. De aceea, medicii recomanda regimuri alimentare care sa contina peste si fructe de mare.

Nevoile de vitamine si minerale ale unei femei gravide sunt urmatoarele:

- acidul folic ajuta ADN-ul bebelusului. Cantitati insuficiente de acid folic conduc la anemierea bebelusului si la probleme ale sistemului nervos.De aceea este indicat un consum mai mare cu 200 miligrame, fie prin regimul tinut fie prin suplimente.

- vitamina B12. Este indicata suplimentarea ei cu 2 miligrame zilnic pentru femeile care tin regimuri bazate pe legume.

- Fier. Este necesar pentru producerea si pentru intretinerea hematiilor. Pentru ca se mareste si canttatea de sange, nevoia de fier este ridicata.
- Calciu. In timpul sarcinii si al alaptarii la san, este binecunoscut faptul ca se reduce densitatea osoasa si a calciului (mai ales in trimestru al treilea) in organismul viitoarei mamici. De aceea se recomanda o crestere semnificativa a introducerea de calciu in organism - aproximativ 1000 mg zilnic

Femeia gravida trebuie sa includa in regimul ei zilnic produse din toate categoriile de mai jos, in asa fel incat nevoile organismului ei sa fie acoperite.

- Paine si cereale. Aproximativ 6-11 portii. O portie este egala cu o felie de paine sau jumatate de cana de orez fiert, paste fainoase sau alte cereale. Paniea si cerealele contin fier si fibre.
- Fructe si legume. Aproximativ 5-9 portii. O portie este egala cu un fruct mediu ca marime sau o cana de legume sau 3 sferturi de cana cu suc natural de fructe sau legume.
  Aceste alimente contin si ofera unei gravide vitaminele A si C, precum si fibre.
- Alimente bazate pe lapte. Aproximativ 2-3 portii. O portie este egala cu o cana de lapte sau iaurt sau 30 de grame de branza.Acest gen de alimente ofera calciu si proteine animale.
- Carne, oua - produse de origine animala.. Aproximativ 2-3 portii. O portie este egala cu un ou sau 60-90 de grame de carne fara grasimi (pasare sau peste). Alimentele de acest gen contin fier si proteine. Acest gen de alimente nu este necesar zilnic dar trebuie introdus in organism saptamanal.

Regimul tinut in perioada sarcinii si al alaptarii este foarte important si toate viitoarele mame trebuie sa faca vizite periodice unui medic specialist. Datele mai sus prezentate sunt date generale si nu sunt valabile pentru toate tipurile somatice.

Sarcina este o perioada a schimbarilor fizice si psihice. In mod normal mama va fi mult mai preocupata de propria sanatate decat inainte si uneori se va intreba daca totul decurge asa cum ar trebui.. Se po asadar preveni complicatiile si se poate asigura nasterea unui **copil sanatos** prin **controale medicale prenatale** si neonatale.

Mare atentie trebuie acordata **fumatului de catre gravide**, intrucat acesta poate avea efecte asupra sarcinii, poate provoca avort, naştere prematură, greutate mică la naştere pentru copil, mortalitate subită a sugarului, poate să dea complicații în timpul naşterii, respectiv dezlipirea de placentă a pruncului, iar la femei, în general, poate să favorizeze sterilitatea.
Nu contează numărul de țigări, chiar şi fumatul pasiv putand avea aceste efecte asupra gravidelor.

Drepturile femeilor gravide. Obligațiile angajatorilor față de femeile gravide si lauze

Gravidele care muncesc trebuie sa cunoasca faptul ca angajatorii lor au o serie de obligatii fata de ele.

- să adopte măsuri speciale pentru protecția maternității şi a sănătății sau securității salariatelor gravide şi, sau mame la locurile de muncă, astfel încât să prevină expunerea salariatelor gravide, care au născut recent sau care alăptează, la riscurile ce le pot afecta sănătatea şi securitatea.

- acestea nu trebuie să fie constrânse să efectueze o muncă dăunătoare sănătății sau stării lor de graviditate ori copilului nou - născut.
- in cazul în care o salariată se află în una din situațiile expuse şi desfăşoară la locul de muncă o activitate care reprezintă riscuri pentru sănătatea sau securitatea sa ori cu repercusiuni asupra sarcinii şi alăptării, angajatorul este obligat să îi modifice în mod corespunzător condițiile şi, sau orarul de muncă. Dacă acest lucru nu este posibil, se impune repartizarea la un alt loc de muncă fără riscuri pentru sănătatea sau securitatea sa, conform recomandărilor medicului de medicina muncii sau medicului de familie, cu menținerea veniturilor salariale.
- in cazul în care angajatorul, din motive justificate, nu poate să îndeplinească aceste condiții, salariatele au dreptul la concediu de risc maternal. Pe durata concediului maternal salariata are dreptul la indemnizație de risc maternal. Cuantumul acestei indemnizații este egal cu 75% din media veniturilor lunare realizate în ultimele zece luni anterioare datei din certificatului medical, pe baza cărora se datorează contribuția individuală de asigurări de sănătate
- sa asigure amenajări speciale care să permită femeilor gravide să se odihnească în poziția întins.

CONSILIEREA GRAVIDELOR PENTRU TESTAREA LA HIV-SIDA

Consilierea reprezintă un dialog între pacient şi consilier, avînd ca scop oferirea de sprijin psihosocial persoanei consiliate, ajutor în diminuarea stresului cu care se confruntă dar şi prevenirea infectării. Se va urmari:

-Evaluarea riscului personal al infectării

-Discuția despre căile de prevenire a transmiterii infecției

-Focusarea asupra retrăirilor emoționale şi sociale legate de eventuala sau prezenta infectare cu HIV .

Acest serviciu oferit **gravidelor infectate cu HIV sau care se suspecteaza de acest lucru** are scopul suprem să ajute femeia gravidă să depăşească perioada de criză în viața ei, astfel ca, pe măsura posibilității, să poată deveni mamă, ca multe alte femei sănătoase.

HIV consilierea femeilor gravide începe în cadrul îngrijirii antenetale, unde ele primesc prima instruire pretest. Femeile HIV-infectate sunt identificate prin testarea HIV de rutină.

Principiile generale ale acestor servicii sunt:

- simplificarea procesului de testare, astfel ca consilierea pre-test să nu devină o barieră pentru testare;
- majorarea flexibilității procesului de accept informat cu permiterea diverselor forme ale acesteia (scris, oral, etc.);
- testarea la HIV e absolut voluntară şi presupune respectarea drepturilor femeii la luarea deciziei referitor la testare şi celui de a refuza această testare, dacă ea consideră ca aceasta nu corespunde intereselor ei majore;
- consilierii trebuie să studieze şi să direcționeze motivul refuzului de a fi testată
- să ofere posibilitatea de a fi testată şi tratată în timpul naşterii femeilor, care nu au fost testate şi tratate prenatal.

Femeile HIV-infectate vor fi referite la Clinicele speciale, unde procesul de consiliere va continua prin consiliere posttest, consilierea soțului şi testarea lui, planificarea familiei

şi consiliere despre prevenirea transmiterii HIV de la mamă la făt, inclusiv ZDV şi evitarea alăptării. În timpul naşterii consilierea este continuată în sala de naştere şi include luarea ZDV şi opțiunea operației cezariene. În postpartum consilierea va fi focusată asupra îngrijirii copilului, diagnosticarea HIV-infectării nou-născutului şi planurilor pentru viitor.

Deşi majoritatea femeilor gravide testate la HIV sunt HIV-negative, faptul că sunt implicate în sex neprotejat poate costitui un risc de a fi expuse infectării. Astfel, este foarte important ca pe parcursul procesului de HIV testare să-i fie oferită o informație utilă şi minuțioasă despre prevenirea HIV infectării (aşa ca utilizarea condomului în timpul sarcinii).

In practica de rutină, o săptămînă după testare gravida se întoarce la medicul de familie ca să-şi primească rezultatul său, şi să fie îngrijită în continuare. Diverse materiale ilustrative referitoare la prevenire HIV, focusate anume asupra femeilor gravide, îi sunt oferite gravidei în momentul informării despre rezultatul său.

CAPITOLUL VI
DROGOMANIILE. ALCOOLISMUL

1. DROGURILE

Datele statistice legate de toxicomanii romani ridica, dincolo de latura medicala, un zid de intrebari fara raspuns. Spre exemplu, un studiu realizat de Asociatia "Adolescentul" pe un lot de 50 de subiecti toxicomani nu ofera acest raspuns, insa aduce in atentie citeva amanunte. Astfel, toti cei 50 de pacienti - 9 fiind femei - marturisesc ca, mai mult decit orice, le place sa se drogheze. 40 - din cei 50 intervievati - provin din familii cu situatie materiala foarte buna si, cu toate acestea, cei mai multi dintre ei nu au decit opt clase (84 la suta). Aflam, de asemenea, ca o treime traiesc in concubinaj, o treime sint celibatari si ca numai 10 dintre ei au reusit sa isi intemeieze legal o familie. Doar 20 % sint dependenti de marijuana, alcool, medicamente sau solventi, in "topul" preferintelor lor aflindu-se **heroina** (80 la suta). Peste jumatate au inceput sa se drogheze din curiozitate - 56 % -, ceilalti, fie influentati de anturaj, de partener, fie de suparare, sau inspirindu-se din filme TV. Studiul releva ca o mare parte dintre tinerii dependenti au bani de droguri de la parinti, "pentru ca nu mai suportau sa ne vada chinuindu-ne si indurind durerile atunci cind nu ne luam doza". Restul, imprumuta bani de la prieteni, vind obiecte din casa sau fura. 84 % dintre toxicomani se drogheaza de 1-3 ani, 12 % de 4 ani, restul de peste 5 ani. Cei 50 de tineri inclusi in studiu sint - sau au fost - pacienti ai centrului de dezintoxicare, s-au internat de bunavoie, sperind sa scape astfel de viciu, insa putini se afla aici pentru prima oara, marea majoritate aflindu-se la a doua, a treia sau chiar a patra internare. Una din intrebarile la care au fost solicitati sa raspunda cei 50 de subiecti a fost si "Ce planuri de viitor au": 11 au raspuns ca ar vrea sa se angajeze, dar stiu ca nu vor gasi usor un loc de munca, 19 doresc sa munceasca, dar starea sanatatii nu le permite, pe 7 nu ii intereseaza ce vor face in viitor, iar 4 viseaza sa plece din tara. **Majoritatea celor dependenti de heroina au doar 17-18 ani.**

Numărul consumatorilor de droguri a crescut în ultimul an cu zece la sută, conform datelor prezentate de Agenția Națională Antidrog (ANA), la nivel național existand 35.000 de consumatori de droguri, dintre care 24.000 doar în Capitală. Cele mai mari probleme privind dependența de droguri se înregistrează la consumatorii de heroină, fruntașă la acest capitol fiind tot Capitala. Celelalte zone cu probleme sunt partea de sud a țării, Banatul, Constanța și Bihor.

Tendința de creștere mai mare o înregistrează consumul de marijuana și cannabis, urmate de cocaină, conform datelor statistice. Un studiu prezentat la lansarea campaniei „Opțiune: Acces la succes”, care se adresează liceenilor, profesorilor și părinților din București, având ca scop prevenirea riscurilor consumului de droguri arata ca aproximativ o treime din județele României nu au probleme cu drogurile, ci doar cu alcoolul și tutunul.

In Romania, numarul internarilor persoanelor dependente de droguri creste alarmant, fenomenul drogului fiind, deja, unul de masa. Gasim dependenti de droguri in toate categoriile sociale, dar, din pacate, virsta celor internati este in continua scadere. Majoritatea pacientilor de acum au doar 17-18 ani si sint deja dependenti de heroina.

Potrivit rapoartelor Ministerului Sanatatii si organizatiei nonguvernamentale ARAS, peste 60% dintre consumatorii de droguri din Bucuresti sunt infectati cu hepatita C,

al carei tratament, cel cu Interferon, le este inaccesibil macar pentru faptul ca aceste persoane nu sunt inscrise intr-o forma de asistenta medicala.

Aceleasi rapoarte mai arata ca, din totalul consumatorilor de droguri, peste 21.000 sunt persoane cu probleme sociale, ceea ce determina utilizarea in comun a seringilor. De asemenea, multi dintre ei practica prostitutia, lucru ce conduce la raspandirea cu usurinta a hepatitei C.

Un studiu al Organizatiei "Salvati Copiii" care vorbeste despre "Consumul de droguri in randul adolescentilor din Romania" arata ca marijuana reprezinta drogul cel mai des mentionat (2,5% dintre adolescenti), urmat de calmante (0,5%) si de heroina (0,4%).

Un studiu al altei organizatii, de data aceasta Asociatia Romana Anti-SIDA (ARAS) evidentiaza faptul ca 11% dintre prostituate declara ca obisnuiesc sa consume heroina injectabila, majoritatea fiind din Bucuresti.

Prevenirea consumului de droguri in randul tinerilor

La capitolul masuri de prevenire a consumului de droguri in randul adolescentilor desfasurate de catre autoritati, putem enumera brosurile care au trimise in scoli si licee de ANA (ex. "Drogurile, tu si copilul tau" - distribuita parintilor care au participat la "sedintele cu parintii" si in campaniile stradale (25.000 exemplare); brosura educativa pentru elevii din clasele IX- XII (15.000 exemplare); caiet metodologic pentru elevii de clasele II-IV (10.000 exemplare).Ce nu se stie este impactul real al acetora in randul tinerilor vizati.

Tratamentul dependentei de drog

Unitățile medicale, în care se desfăşoară programe terapeutice pentru consumatorii dependenți, transmit centrelor de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog datele necesare în vederea menținerii continuității programului integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, pe baza unui raport medical.

Programul terapeutic şi programul psihologic şi social se desfăşoară integrat, astfel încât consumatorul şi consumatorul dependent să poată beneficia de o asistență medicală, psihologică şi socială concomitentă şi continuă, cu respectarea drepturilor omului şi a drepturilor pacientului, potrivit legii.

Programele psihologice şi sociale se elaborează de către Agenția Națională Antidrog în colaborare, după caz, cu Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei şi Ministerul Justiției şi se pot derula în centre autorizate şi/sau acreditate în acest sens, cu regim deschis sau închis, publice, private sau mixte.

Programele terapeutice se elaborează de către Ministerul Sănătății şi se desfăşoară în centre stabilite în acest scop, cu regim deschis sau închis, publice, private sau mixte.

Cheltuielile ocazionate de efectuarea evaluării consumatorului şi de derularea programelor psihologice şi sociale sunt suportate de la bugetul de stat prin bugetul Agenției Naționale Antidrog şi, în funcție de posibilitățile materiale, de către persoana în cauză, de familie sau de un organism privat, în condițiile stabilite printr-un ordin comun al ministrului administrației şi internelor, al ministrului sănătății şi al ministrului finanțelor publice.

Cheltuielile ocazionate de aplicarea programului terapeutic individualizat pentru persoanele asigurate prin sistemul de asigurări sociale de sănătate sunt suportate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru

afecțiunile ce decurg din consumul de droguri şi prin programele de sănătate ale Ministerului Sănătății şi programele de profilaxie ale Agenției Naționale Antidrog.

În funcție de posibilitățile materiale, persoana în cauză, familia acesteia sau organisme private pot suporta parțial sau integral contravaloarea serviciilor de evaluare şi cheltuielile ocazionate de participarea la programe psihologice şi sociale, la tarifele şi în condițiile stabilite prin decizie a preşedintelui Agenției Naționale Antidrog, cu avizul ministerelor interesate.

Sumele încasate de centrele de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog reprezintă venituri extrabugetare ale Agenției Naționale Antidrog, cu titlu permanent, şi se utilizează pentru finanțarea programelor de prevenire a traficului şi consumului ilicit de droguri. Sumele neutilizate la sfârşitul anului se reportează în anul următor cu aceeaşi destinație.

Ministrul justiției şi ministrul sănătății vor stabili, prin ordin comun, măsurile medicale şi educative sau programele care vor fi aplicate consumatorilor de droguri în penitenciare.

Datele personale ale consumatorilor dependenți de consumul de droguri, incluşi în programul integrat de asistență a consumatorilor şi a consumatorilor dependenți de droguri, beneficiază de confidențialitate, conform normelor în vigoare.

Evidența centralizată a consumatorilor incluşi în circuitul terapeutic se ține de Observatorul Român de Droguri şi Toxicomanii din cadrul Agenției Naționale Antidrog, în Registrul unic codificat privind consumatorii de droguri, pe baza datelor comunicate de Ministerul Sănătății şi de alte instituții care coordonează programe terapeutice, psihologice şi sociale, precum şi de centrele stabilite, publice sau private.

Ministerul Sănătății, prin direcțiile desemnate, are acces la datele din evidența prevăzută mai sus. Persoanei căreia i s-au aplicat măsurile prevăzute la art. 27 şi 28 din Legea nr. 522/2004 i se va elibera un certificat nominal sau o legitimație în format electronic codificată, în care se vor menționa: unitatea emitentă, datele de identificare a persoanei în cauză, durata, obiectul şi rezultatul tratamentului, motivul terminării tratamentului, starea sănătății persoanei în cauză la începutul şi terminarea tratamentului.

Toate datele referitoare la persoanele supuse programului integrat de asistență a consumatorilor şi a consumatorilor dependenți de droguri vor fi distruse după 10 ani de la încetarea supravegherii medicale.

În cazul persoanelor supuse de mai multe ori programelor integrate de asistență a consumatorilor şi a consumatorilor dependenți de droguri, datele vor fi distruse după 10 ani de la încetarea ultimei perioade de supraveghere medicală.

2. ALCOOLISMUL

Alcoolismul, cunoscut de asemenea drept "dependenta de alcool", este o boala care consta intr-o nevoie puternica de a bea, si neincetarea consumarii bauturii in momentul in care apar probleme provocate de alcool, ca de exemplu pierderea slujbei sau incalcarea legii si consecintele acesteia.

Alcoolismul este o boala primara, cronica, influentata în dezvoltarea si manifestarile ei de factori genetici, psiho-sociali si de mediu. Boala este deseori progresiva si fatala. Se caracterizeaza prin pierderea controlului asupra consumul de alcool, constant

sau periodic, preocuparea fata de alcool, consumul de alcool în ciuda consecintelor nefaste si dereglari ale gândirii, cea mai importanta fiind negarea.

Caracteristica de primara, se refera la natura alcoolismului ca entitate a bolii, în completarea acesteia si separat de celelalte stari pato-fiziologice care pot fi asociate cu aceasta. Primara înseamna ca alcoolismul, ca dependenta, nu este un simptom al unei stari de boala evidentiate.

Deseori progresiv si fatal înseamna ca alcoolismul persista în timp si ca schimbarile fizice, emotionale si sociale sunt deseori cumulative si pot progresa pe masura ce consumul continua. Alcoolismul cauzeaza moartea prematura prin supradoza, complicatii organice asupra creierului, ficatului, inimii si multor alte organe, contribuind la sinucidere, omucidere, accidente de masina si alte evenimente traumatice.

Pierderea controlului in alcoolism înseamna incapacitate de limitare a consumului de alcool sau de limitare a duratei consumului de alcool cu orice ocazie, a cantitatii consumate si /sau a altor consecinte ale alcoolului privind comportamentul.

Preocuparea asociata cu consumul de alcool indica o atentie excesiva, concentrata pe alcool /drog, efectele si /sau consumul acestuia. Valoarea relativa atribuita astfel de catre individ alcoolului, duce deseori la o directionare a energiei departe de problemele importante ale vietii.

Consecintele nefaste ale dependentie de alcool sunt problemele legate de alcool sau pierderile suferite în diferite domenii cum ar fi sanatatea fizica (ex., sindromul retragerii, boli de ficat, gastrita, anemie, disfunctii neurologice); activitatea psihologica (ex. pierderea cunostintei, modificari de comportament si dispozitie); activitatea relationala (ex. probleme în casnicie si abuz asupra copilului, afectarea relatiilor sociale); activitatea ocupationala (ex. probleme legate de scoala sau serviciu) si probleme legale, financiare sau spirituale.

Negarea prezenta frecvenrt la alcoolic include o serie de manevre create pentru a reduce constiinta faptului ca mai degraba consumul de alcool constituie cauza problemelor unui individ, si nu rezolvarea acestor probleme. Negarea devine parte integranta a bolii si un obstacol major în calea recuperarii.

Statistic, incidenta fenomenului este alarmanta. In SUA, de ex. 14 milioane de oameni in consuma alcool in exces sau sunt alcoolici, proportia fiind de 1 din 13 adulti. Totusi, mai multi barbati decat femei sunt **dependenti de alcool**. Cele mai multe probleme legate de alcoolism sunt la tinerii adulti cu varsta cuprinsa intre 18 si 29 de ani si mai putine la adultii de 65 de ani sau mai mult.

Alcoolismul se transmite din generatie in generatie, abia dupa aceea devenind boala, dar factorii genetici explica partial acest tipar. In acest moment, cercetatorii sunt pe drumul cel bun spre gasirea genelor care influenteaza vulnerabilitatea catre alcoolism.

Mediul inconjurator al unei persoane, ca de exemplu:

- influenta prietenilor
- nivelul de stres
- usurinta de obtinere a alcoolului

are un serios impact asupra problemelor legate de bautura si evolutia acestora.

Totusi, alti factori (ca de exemplu suportul social) pot ajuta in evitarea alcoolului chiar si pe acele persoane inclinate spre bautura. Nu este o regula insa. Un copil cu un parinte alcoolic, nu il urmeaza neparat, iar o persoana fara rude cu genul acesta de probleme, poate deveni totusi dependent de alcool.

Dependenta de alcool este o ***boala tratabila*** si medicamentatia este de asemenea folosita in prevenirea recaderii, dar un leac nu a fost inca descoperit. Asta inseamna ca, desi un alcoolic este de mult timp “treaz” si si-a recapatat sanatatea, el/ea poate reveni in orice moment la acest viciu si trebuie sa continue sa evite orice fel de legaturi cu alcoolul.

Exista mai multe tipuri de medicamente folosite de obicei in **tratamentul impotriva dependentei de alcool**.Primul consta in tranchilizante (ex: Valium, Librium), care sunt folosite in primele zile de tratament, si care ajuta pacientii sa se poata abtine de la alcool fara risc. Al doilea tip este folosit pentru a mentine persoanele "treze". Cand este folosit impreuna cu sedintele de psihoterapie, acesta miscoreaza nevoia de alcool si previne recaderea. Alt medicament folosit impotriva alcoolismului se numeste **Antabuse** si **descurajeaza consumarea alcoolului** cauzand ameteala, greata, varsaturi, si alte reactii neplacute cand aceste este folosit.

Tratamentul impotriva dependentei de alcool. Tratamentul pentru dependenta de alcool este eficient in multe cazuri. Studiile arata ca o minoritate de alcoolici pot ramane treji un an dupa tratament, in timp ce altii au unele perioade in care nu consuma bautura, alternand cu alte perioade cu recaderi. Totusi, unii sunt incapabili sa reziste tentatiei si tratamentul este facut in van. Cu cat o persoana se abtine mai mult de la bautura, cu atat este mai probabil ca aceasta sa renunte definitiv la viciu.

Este important sa retinem ca multi oameni recad o data sau de mai multe ori inainte de a elimina pe lung timp nevoia de **alcool**. Revenirile la acest "narav" sunt foarte comune, dar nu inseamna ca persoana respectiva a esuat sau nu-si poate reveni de pe urma alcoolismului. Daca se intampla o recadere, este foarte importanta incetarea consumarii bauturii din nou si obtinerea ajutorului necesar.

Consumarea in abuz a alcoolului are rezultate negative, atat asupra sistemului nervos, cat si in plan social social:

- accidente
- insucces la munca
- esec la scoala
- renuntarea la indeplinirea responsabilitatilor in cadrul familiei

In unele circumstante, problemele pot rezulta chiar si din consumarea moderata a bauturii, de exemplu cand persoana se afla la volan, in timpul sarcinilor, sau cand iau anumite medicamente (incompatibile cu alcoolul).

Studiile arata ca aproape toti alcoolici care incearca sa reduca "portia" sunt incapabili sa se opreasca definitiv. In schimb, **abtinerea de la alcool** este vitala pentru o recuperare plina de succes. Dar daca nu esti alcoolic, ci doar ai probleme legate de alcool, este eficienta si reducerea cantitatii de alcool consumata.

Un alcoolic nu poate fi fortat sa fie ajutat cu exceptia unor circumstante, ca de exemplu cand se petrece un incident violent ce se termina cu chemarea politiei sau a cadrului medical. Insa asta nu inseamna ca trebuie asteptata o criza pentru a face ceva.

Prevenirea alcoolismului. Ar trebui sa se aiba in vedere evitarea consumului de alcool la anumite categorii de persoane:

- femeile insarcinate sau care incearca
- oamenii care conduc
- cei care iau anumite medicamente
- alcoolici care incearca sa-si revina
- persoanele sub 21 de ani.

Se considera de catre specialisti ca, majoritatea adultilor pot bea o cantitatea moderata de alcool pe zi:
- pana la doua pahare pe zi pentru barbati
- numai unul la femei si persoane in varsta, pentru a evita probleme.

Limita maxima de consum al alcoolului este mai ridicata la barbati, deoarece femeile devin mai intoxicate dupa ce beau decat barbatii, raportandu-ne bineinteles la aceeasi cantitate. Aceasta se intampla deoarece corpul barbatului contine mai multa apa si deoarece alcoolul se amesteca cu apa corpului, o anumita cantitatea de alcool devine mai concentrata in corpul unei femei decat in cel al unui barbat.

Dependenta de alcool include patru simptome:
- nevoia incontrolabila de a consuma *alcool*
- pierderea controlului - incapacitatea de a se plimita la un singur pahar de bautura la o ocazie deosebita
- dependenta psihica - simptome provocate de abtinerea de la alcool, ca de exemplu ameteli, greata, anxietate, tremuraturi si transpiratie abundenta
- toleranta - nevoia de a creste cantitatea de **alcool** consumata pentru a-i simti efectele

Alcoolismul este o boala cronica, de obicei progresiva, cu simptome care includ dorinta de a bea alcool, in ciuda efectelor negative vizibil constientizate.. Ca multe alte boli, are un curs in general previzibil, simptome recunoscute si este influentata de factorii genetici si inconjuratori.

Consumul de alcool este o metoda rapida si placuta de a modifica emotiile, sentimentele, starile de dispozitie in general. In general se apeleaza la consumul de alcool cand apare teama fata de ceva, in asteptarea unui lucru placut (celebrare, sarbatorire), in asteptarea uni lucru neplacut, temator. Alte motive des invocate de consumatori sunt: suparea, bucuria, agresivitatea, povara singuratatii sau povara psihologica a responsabilitatilor, bucuria, imbunatatirea relatiilor cu ceilalti, socializare, alungarea temporara a stresului, apararea impotriva sentimentelor neplacute, curajul de a spune ceva, stimulare sexuala temporara, dorinta de recompensare, placere.

Alcoolul este un alt tip de drog, o substanta psihoactiva si un toxic celular cu efect tranchilizant asupra sistemului nervos central. Actiunea sa consta in inhibarea transmiterii impulsurilor nervoase. De exemplu se inregistreaza cresterea vitezei de reactie si slabirea atentiei, Efectele psihologice le consumului de alcool pot crea impresia depasirii starilor de teama si inhibare, poate sa faca singuratatea mai suportabila, paote diminua sentimentele de inferioritate.

Pentru sistemul nervos central alcoolul actioneaza in functie de cantitatea consumata: in doze mici, pana la 200 ml de bere sau 1 pahar de 100ml de vin, se produce un efect stimulator (creste debitul verbal, dispar inhibitiile, creste gradul de iritabilitate nervoasa), dar consumat in doze mai mari are efect inhibitor (reactii slabe la stimuli durerosi, capacitate de discernamant slaba, atentie si memorie alterate).

Efecte daunatoare asupra organismului sunt de asteptat in timp cu mare probabilitate, daca doza medie zilnica depaseste aproximativ 40 de grame de alcool pur. Ca aliment 1 kg de alcool are o putere calorica de 29 kJ, dar nu contine vitamine, saruri minerale etc). Un litru de bere contine 2000 kJ, acopera 20% din necesarul de energie al uni barbat ce presteaza o activitate cu eforturi fizice medii.

Alcoolul actioneaza in organism ca factor de stres: creste tesiunea arteriala, sunt eliberate in sange, mai multe substante ca: lipide, zaharuri, cortizon. Organismul foloseste

energie pentru inlatuarera alcoolului din organism, energie care ar fi fost necesara pentru buna lor functionare. Metabolizarea alcoolului la nivelul ficatului, "fura" 80% din oxigenul necesar functionarii acestui organ. Astfel alcoolul devine un "parazit metabolic". Celulele cardiace si cele nervoase, au cel mai ridicat consum de oxigen si sufera cel mai mult sub influenta alcoolului. Abuzul de alcool, consumul matinal "pe stomacul gol", duce la malnutritie. Organismul este lipsit de proteine, substante minerale si vitamine. Pe langa reducerea aportului acestor elemente importante din hrana, excesul de etanol are ca efect reducerea progresiva a capacitatii intestinului subtire de a resorbi substante importante ca: vitamina B1, acidul folic, iar mai tarziu sodiu si apa. Produsii de inalta toxicitate rezultati din descompunerea alcoolului (de ex. acetaldehida) afecteaza celulele nervoase. Incapacitatea progresiva a intestinului subtire de a absorbi substante vitale bunei functionari a organismului (vitamine in special A si C, saruri minerale), cauzeaza in timp tulburari nervoase si tulburari cu origine somatica. Pierderea calciului, a fosfatilor si a vitaminei D ca urmare a consumului de alcool, duce la pierderea masei osoase si la cresterea pericolului de fracturare. Inflamatiile mucoaselor gastrice si duodenale, precum si fisurile la nivelul inferior al esofagului duc la sangerari grave. Consumul permanent de alcool creste de zece ori mai mult riscul de imbolnavire de cancer esofagian. Sub incidenta suferintei intra si muschiul cardiac. Imbolnavirea acestui muschi se numeste cardiomiopatie. De patru ori mai multi alcoolici mor din cauza tulburarilor cardiace decat de ciroza.

Cele mai afectate sunt celulele nervoase, iar acestea nu se regenereaza. La fiecare consum de alcool sunt distruse mii de celule nervoase. Distrugerea treptata a neuronilor se observa in timp, mai ales de catre persoanele apropiate alcoolicului.

Aceasta reducere a numarului neuronilor cauzeaza si reducerea performantelor creierului, vizibile in scaderea capacitatii de memorizare (apar lacune de memorie), a capacitatii de gandire, de intelegere, pierderea simtului critic si a discernamantului. Consumul abuziv poate cauza in timp deteriorari si leziuni organice la nivelul creierului, ajungandu-se la psihosindromul organic, la convulsii, delirium tremens sau la dementa. Din punct de vedere psihic, dependentul de alcool manifesta o raceala emotionala, o alterare treptata a sentimentelor, indispozitii frecvente si schimbari bruste a opiniilor.
Mai pot sa apara: neliniste interioara, agresivitate, iritabilitate, tulburari de somn, cosmaruri, lacune de memorie (nu-si mai aduce aminte ce a facut in urma cu doua ore sau doua zile), depresie, frica, complexe de inferioritate ascunse uneori in spatele unei fatade de grandomanie, lipsa de vointa, promite dar nu-si tine promisiunea, izolarea si reducerea sferelor de interes, lipsa de igiena, decadere fizica si psihica.

Dependenta de alcool cauzeaza in timp si tulburarea relatiilor interpersonale, reducerea sentimentelor de responsabilitate, neglijarea educatiei copiiilor, intarzierea si absenta de la locul de munca, accidente de munca si de circulatie, delicventa, divort, pierderea locuintei si a locului de munca.

Etapele tratamentului alcoolismului

1.Etapa de contact. Este primul pas facut spre tratament. Acesta faza se poate desfasura in centre de consiliere ambulatorii si stationare sau in cadrul grupurilor de suport. De regula consumatorul sau familia aceastuia cauta medici, psihologi, clinici sau centre de specialitate pentru tratamentul alcoolismului. Este o etapa de evaluare a gradului de dependenta. Specialistul in dependente realizeaza in colaborare cu pacientul

si familia sa, o evaluare psihologica a bolnavului, evaluarea severitatii dependentei, evaluarea situatiei socio-familiale, clarificarea motivelor invocate de pacient pentru a renunta la consumul de alcool. In functie de aceasta evaluare, specialistul in adictii (psiholog, medic, preot, asistent social, etc) propune pacientului si familiei sale alternative pentru tratamentul alcoolismului. Pentru cazurile cu o dependenta de alcool severa se recomanda etapa numarul 2.

2.Etapa Dezintoxicarii. Tratamentul dependentei de substante (alcool, droguri, medicamente) se desfasoara cu sprijinul specialistilor in adictii (psihologi, medici, preoti, asist. sociali). Este recomandata intotdeauna consultarea specialistilor in adictii pentru evaluarea gradului de evolutie sau a severitatii dependentei si pentru identificarea si analiza unor optiuni pentru tratamentul dependentei. Aceasta etapa este o etapa a tratamentului organismului, o etapa in care se urmareste vitaminizarea, mineralizarea corpului, eliminarea alcoolului din sange, diminuarea sevrajului si a compusilor chimici din sange care sustin dependenta fizica.
De obicei, persoanele dependente de alcool se hotarasc sa faca ceva pentru a se lasa de baut, cand deja dependenta lor este severa (vezi mai sus, faza critica si cronica a alcoolismului). In cazul lor este recomandata parcurgerea unei etape de dezintoxicare (Etapa 1). Aceasta pentru ca sevrajul cauzat de intreruperea consumului de alcool, are nevoie de supraveghere medicala de specialitate, consumatorul de alcool cronic nefiind apt din punct de vedere fizic si psihic sa participe la sedinte de psihoterapie individuala sau de grup. Dupa etapa dezintoxicarii se considera ca acesta are capacitati fizice si psihice suficiente pentru a incepe psihoterapia.

3. Etapa consilierii/terapiei dependentei intr-un centru ambulator sau stationar. Terapia dependentei de alcool urmareste schimbarea atitudinii consumatorului fata de responsabilitati, sarcini, greutati, sentimente neplacute, frustrari, astfel incat persoana dependenta sa trateze aceste situatii cu maturitate, fara sa apeleze la consumul de alcool. Daca etapa dezintoxicarii este etapa menita sa reduca pana la minimum dependenta fizica, etapa consilierii si terapiei urmareste demontarea si eliminarea dependentei psihice. Se urmareste consolidarea motivatiei de a mentine abstinenta, imbunatatirea comunicarii si diversificarea modalitatilor de expresie a afectelor, emotiilor si sentimentelor, reconstructia stimei de sine, intelegerea mecanismelor dependentei, invatarea metodelor prin care se mentine abstinenta si se evita recidiva.

4. Etapa Postcura / grupuri de sprijin. Terapia de grup - instrument de baza in tratamentul dependentei. Terapia de grup este utilizata atat in centrele ambulatorii si stationare cat si in cadrul grupurilor de sprijin. Prin participarea la grup a persoanelor cu aceeasi problema se stimuleaza capacitatea de autovindecare a fiecarui membru al grupului, discutandu-se sincer, deschis, despre avantajele si dezavantajele abstinentei, despre recidiva, dezamorsarea mecanismelor dependentei psihice, traversarea recidivei si factorii de risc care pot precipita producerea ei, etc.

Cele mai mari sanse de succes terapeutic le au pacientii care s-au hotarat sa faca o terapie pe termen lung, pe care o incheie, dupa care se ataseaza unui grup de intrajutorare. Statistic, 70,5% dintre pacientii care au frecventat un grup postcura raman abstinenti fata de numai 45,5% dintre cei care n-au contactat un asemenea grup. Succes mai mare inregistreaza cei care traiesc inca intr-un cuplu intact, cu copii, au un loc de munca si o varsta de circa 40 de ani.
Pe termen lung raman abstinenti circa 50% dintre pacientii unei clinici de recuperare cu

terapie de lunga durata. Alti 15% au o recidiva din care isi revin prin propriile forte. Prin comparatie, daca s-ar aplica aceleasi etaloane severe la verificarea masurii in care s-a schimbat viata unui cardiac sau a unui diabetic de exemplu, am inregistra mult mai multe recidive. Recidiva alcoolicului este insa mai evidenta, deoarece au loc modificari de personalitate si este mult mai dramatica.

Pentru o persoana care devine dependenta este din ce in ce mai greu sa se opreasca din acest obicei. De la un moment dat dependenta se autointretine. Psihiatrul W.K. van Dijk, a descris asa numitele cercuri vicioase prin care, in opinia sa, se mentine, se autointretine starea de dependenta:

-Cercul farmacologic sau dependenta fizica, chimica, prin care dependentul are nevoie de o cantitate mai mare de alcool, pentru a atinge efectul dorit.

-Cercul "eu-lui slabit" sau cercul identitatii; folosirea alcoolului in exces poate duce la afectiuni organice ale creierului. aceste persturbari pot exercita o influenta negativa asupra autocontrolului, vointei si capacitatii de autodecizie. Consecinta este ca persoana respectiva va folosi din nou alcool, formandu-se, in acest fel, un cerc vicios de "slabire" a eului.

-Cercul psihologic. Prin folosirea alcoolului, persoana dependenta incearca sa evite starile de plictiseala si sa-si stimuleze starea de placere. Cel care utilizeaza alcool pentru a evita starile neplacute, va consuma din ce in ce mai des pentru a nu se mai gandi la sine, la responsabilitati si problemele personale.

-Cercul social. Familia, prietenii, colegii de serviciu, societatea in genaral, considera consumul de droguri, deci si de alcool ca fiind inacceptabil, condamnabil. Ca urmare, cel care consuma alcool, se simte respins si stigmatizat. Stiindu-se respins si criticat de ceilalti, dependentul de alcool va cauta compania altor consumatori, "amici de pahar", si acestia stigmatizati de altii la randul lor.

-Cercul spiritual. Drogurile (heroina, cocaina, alcoolul) ne influenteaza gandirea. Substantele psihedelice (de modificare a starii de constienta) au influenta asupra gandirii si pot produce schimbari in procesul de perceptie a realitatii.

Misticii din orient folosesc diferite substante pentru a intra in transa, sau pentru a intra in procese profunde de meditatie, modificandu-si starea de constienta si soun unii, ajungand sa se uneasca in acele momente cu Divinitatea. Exista o tentatie mare la consumatorii de droguri, de a "accesa" lumea spirituala, fara indrumarea unui preot sau duhovnic, prin consumul de substante psihedelice, mizand pe faptul ca vor cunoaste si ei prin efectul drogurilor stari mistice profunde sau ca vor cunoaste Adevarul sau macar o parte din adevar. Este o luare cu asalt a unei lumi spirituale care nu lasa neinitiati sa-i treaca hotarele. Dimpotriva, folosirea drogurilor il expune pe cel care le foloseste, lumii demonice in sensul ca poate trai experiente halucinante terifiante, care cu greu pot fi uitate. Si in cazul alcoolicilor, "setea" de spiritual poate fi incercata a fi stinsa prin starea euforica ce o da alcoolul, la inceputul instalarii dependentei. Nereusind sa strapunga "adevarul" acestei lumi sau sa desfaca tainele ei, cu sau fara ajutorul alcoolului, consumatorul isi pierde orice punct de reper spiritual, apare indoiala credintei, renuntarea totala si chiar revolta impotriva ei si a celor care cred. Lipsa unui sistem de valori, a unui suport spiritual autentic, izoleaza social si spiritual consumatorul de drog sau de alcool; il face mai vulnerabil in fata bolii si odata cu singuratatea sa, se amplifica anxietatea, sentimentul de frica, de panica. Care este solutia dependentului la chinul acestor sentimente? Un alt pahar,

o alta doza de drog.Pentru dependenti, dimensiunea spirituala a vietii este neglijata, abandonata, distorsionat vazuta si insuficient, superficial, gresit inteleasa.

Multi dintre oameni considera ca cea mai mare **infrangere personala** pe care o pot suferi este atunci cand trebuie sa mearga intr-un centru de consiliere sau de recuperere pentru persoane dependente de alcool. Prin aceasta este evident ca au devenit dependenti. Si fiecere dintre noi isi doreste sa nu fie. Dupa ce a trecut perioada de indoiala de sine si de neacceptare a destinului si nu se mai pune problema diagnosticului gresit, alcoolicul va vedea si reversul medaliei, va intelege ca boala este de fapt un semnal ca trebuie sa schimbe ceva in modul sau de viata.

Exista patru **faze** de evolutie in consumul de alcool:

-Faza premeditativa in care se consuma alcool refuzandu-se orice observatie pe aceasta tema care poate da de gandit.

-Faza meditativa in care dupa o perioada mai lunga sau mai scurta de timp realitatea mult evitata patrunde totusi in subconstient, clipa din care alcoolicul incepe sa mediteze si sa-si propuna schimbari profunde.

-Faza de actiune in care alcoolicul dupa o perioada mai lunga sau mai scurta de cautari gasind niste solutii se hotaraste sa actioneze chiar daca solutiile gasite sunt pentru inceput modificari mici si simple ale stilului de viata.

-Faza de perseverenta in care alcoolicul mentine acele solutii gasite care il ajuta si se potrivesc capacitatilor sale personale si conditiilor de mediu.

De regula dependentul are nevoie de mai multe incercari serioase de a se elibera definitiv din boala. Avantajos este ca incercarile esuate, obisuite la iesirea din dependenta, sunt prezentate ca surse de invatare si nu ca obiceiuri proaste care nu mai ofera perspectiva progresului. Din pacate aceste esecuri de multe ori sunt pastrate in secret. Pericolul este ca fiecare esec al acestor incercari secrete scade sansa ca alcoolocul sa mai incerce odata. Devine demoralizat si respinge unele informatii utile sau oferte de ajutor. Pentru multi alcoolici prima incercare se limiteaza la nivelul simptomatic, impunandu-si doar sa nu mai bea. Abia apoi realizeaza ca trebuie sa modifice si anumite convingeri si atitudini din viata lor, sa rezolve situatii sociale, eventuale conflicte si sa imbunatateasca relatiile cu persoanele apropiate sau importante. Vor constata ca si aceste aspecte au influentat nereusitele premergatoare. Vor ajunge la concluzia ca trebuie sa-si analizeze felul trairilor, ca trebuie sa se schimbe mai profund.

Abstinenta, in alcoolism reprezinta **renuntarea definitiva la comsumul** de bauturi alcoolice sau orice preparat care contine alcool, constituind astfel o premisa indispensabila vindecarii si din aceasta cauza reprezinta o masura terapeutica de baza. **Pentru terapia alcoolismului abstinenta este conditia de baza, iar capacitatea de a duce o viata implinita si sanatoasa este telul ei.**

Tratamentul dependentei de alcool are loc in **patru etape** distincte la care participa membrii ai diferitelor categorii profesionale, cel mai adesea asistenti sociali, medici, psihologi, preoti si chiar fosti dependenti, succesiunea acestor faze constituind un lant terapeutic.

- **Etapa de contact** in care accentul cade pe stabilirea diagnosticului si evaluarea complicatiilor organice, clarificarea situatiei sociale precum si pe incurajarea motivatiei pacientului de a se trata. Acesta faza se poate desfasura in centre de consiliere ambulatorii, unde pot obtine rezultate dependentii foarte motivati.

- **Etapa de dezintoxicare** este indicata atunci cand sunt de asteptat simtome de sevraj severe si se desfasoara in spitale de psihiatrie sub supraveghere medicala.
- **Etapa de dezobisnuire** are ca scop reducerea pana la disparitie a dependentei psihice si consolidarea unei abstinente stabile, desfasurandu-se de regula in centre de tratament stationar, atunci cand nu se obtin rezultate in tratamentul ambulatoriu sau cand mediul social nu sustine cauza.
- **Etapa de postcura si readaptare** are ca scop stabilizarea dezobisnuintei in care participarea la grupuri abstinente este de mare importanta.

Cel mai important element al tratamentului alcoolismului sau a altor dependente este discutia in grup - **terapia de grup**. Oricat de diferit ar fi de la o clinica la alta, acest element nu lipseste din nici o clinica de specialitate. **Importanta terapiei de grup** provine in primul rand din miscarea de autoajutorare care se bazeaza pe intalnirea intre persoane care au aceasi problema. Un alt aspect consta in accentuarea actiunii pacientului in eliberarea sa din dependenta. Grupul reduce din responsabilitatea terapeutului pentru schimbarile ce urmeaza sa aiba loc si stimuleaza capacitatea de autovindecare a membrilor acestuia. Un alt motiv pentru cresterea ponderii terapiei de grup il constituie tendinta de tagaduire a problematicii. Aceasta poate fi diminuata de prezenta altor persoane afectate de aceleasi griji. Intelegerea manifestata de ceilalti contracareaza in mare masura rusinea care se ascunde in spatele tagaduirii si care ar inhiba altfel orice proces.

Pe termen lung raman abstinenti circa 50% dintre pacientii unei clinici de recuperare cu terapie de lunga durata. Alti 15% au o recidiva din care isi revin prin propriile forte. Prin comparatie, daca s-ar aplica aceleasi etaloane severe la verificarea masurii in care s-a schimbat viata unui cardiac sau a unui diabetic de exemplu, am inregistra mult mai multe recidive. Recidiva alcoolicului este insa mai evidenta, deoarece au loc modificari de personalitate si este mult mai dramatica.

Cele mai mari sanse de succes terapeutic le au pacientii care s-au hotarat sa faca o terapie pe termen lung, pe care o incheie, dupa care se ataseaza unui grup de intrajutorare. 70,5% dintre pacientii care au frecventat un grup postcura raman abstinenti fata de numai 45,5% dintre cei care n-au contactat un asemenea grup. Succes mai mare inregistreaza cei care traiesc inca intr-un cuplu intact, cu copii, au un loc de munca si o varsta de circa 40 de ani.

Aceste date statistice confirma ceea ce poate fi lesne dedus: pacientul pastreaza comportamentul schimbat cu atat mai multa perseverenta cu cat este mai convins de necesitatea lui, observa avantajele sale, este sprijinit de alte persoane, traieste in conditii stabile, nu se orienteaza dupa valori straine si isi incadreaza noul comportament intr-o anume finalitate.

Cauzalitatea alcoolismului

Inainte de toate, trebuie spus ca **diagnosticul de alcoolism** nu spune nimic despre felul, cauza si gradul afectiunii de baza. Cercetari recente au evidentiat faptul ca in cazul dependentei de alcool nu este vorba de o boala uniforma ci de o **maladie fizico-psihica complexa**.

Oameni din toate paturile sociale si cu diferite meserii sunt dependenti de alcool. Exista probleme de natura **psiho-somatica**, **sociala si ideologica**, adica trebuie sa existe

anumite **trasaturi psihice si fizice** intr-o anumita **situatie data de anturaj** in corelatie cu o anumita **atitudine fata de viata**, ca toxicomania alcoolica sa se poata produce. Alunecarea unei persoane dintr-o situatie conflictuala intr-o boala, in sinucidere, in dependenta sau in fapte culpabile, presupune niste trairi si un anume comportament, o tulburare a prelucrari trairilor necorespunzatoare normei, un dezacord intre fortele vointei si dorinta arzatoare de rezolvare a unor relatii tensionate insuportabile si/sau o lipsa a capacitatii de adaptare la situatia respectiva. Evolutia dependentei de alcool este strans legata de structura caracterului sau, adica de trairile si comportamentul sau in societate.

In multe cazuri, dependenta are la baza **automedicatia nereusita a golurilor sufletesti**. La femei se intalnesc des rani psihice din cauza unor abuzuri sexuale sau unor agresiuni.

Frecventa dependentilor este mai mare printre cei care provin din orfelinate sau din familii dezorganizate. Dar ranile sufletesti nu sunt o conditie necesara sau suficienta pentru instalarea dependentei.

Se pare insa ca, in multe cazuri, nu insusirile de persoalitate il fac pe om mai vulnerabil la consumul de alcool, ci intreaga **atitudine fata de viata** a fiecaruia dintre noi. O trasatura deosebit de pregnanta la aceste persoane este faptul ca stau in asteptarea a ceva mai bun. Fie ca speranta lor este reala sau nu, ei cred ca viata lor trebuie sa fie o continua ascensiune. Dar in realitate viata decurge dupa o sinusoida mai mult sau mai putin pronuntata, iar dispozitia este o suita de urcusuri si coborasuri intr-o alternanta continua. Alcoolicul incearca sa niveleze aceasta sinuozitate a vietii pe cale chimica sau pe cat posibil chiar sa-i riduce nivelul.Pe termen lung, efectul este exact invers.

Cauze profesionale. Exista diferente considerabile intre frecventa cu care alcoolismul apare in cadrul diferitelor grupe profesionale. Cei care au asa numitele meserii alcoolice adica **producatorii si distribuirorii** de bauturi alcoolice sunt deosebit de periclitati.

De asemenea sunt periclitati angajatii in constructii, angajatii in transporturi in special in transporturi maritime, dar si liberii profesionisti fara program de lucru clar definit, precum si meseriile cu multa rutina si fara program de lucru clar definit si meseriile cu multa rutina si fara supervizare tehnica. S-a constatat ca **solicitatea si suprasolicitarea** la locul de munca este adesea biruita cu ajutorul alcoolului. Este foarte important sa ai o pregatire de specialitate si sa dispui de un loc de munca ce-ti corespunde si este sigur. **Somajul** este un factor de stres cu risc foarte mare.La femei un grup de risc este cel al sotiilor fara servici, mai ales cand conditia lor economica si sociala este buna.

Cauze educative . Parintii care nu au avut nici un rol sau doar unul neinsemnat in evolutia dependentei de alcool a copilului lor sunt chinuiti de indoieli si de sentimente de vinovatie. Unii cred ca l-au rasfatat prea mult, ca au sufocat copilul cu prea multa dragoste si caldura sufleteasca, altii cred ca au fost prea severi, prea reci, ca i-au ingaduit prea putina libertate si l-au respins prea tare. Daunatoare este si educatia in care copilul este supraingrijit si nu este lasat sa devina independent.

Fiecare dintre aceste moduri de comportament ar putea constitui un element in construirea zidului numit dependenta. De regula nu se va gasi un raspuns simplu de genul cauza-efect. De aceea aceste indoieli si temeri isi au rostul lor atata vreme cat ajuta la intelegerea si rezolvarea problemei. Mai simplu este raspunsul in acele cazuri in care unul dintre parinti este alcoolic, cand cea mai importanta influenta este probabil aceea ca fiul

sau fiica nu a invatat de la parinti cum sa biruie o problema in mod corect. Desi tanarul a trait experienta negativa a alcoolismului parintelui sau poate prelua el insusi exemplul acestuia pentru a-si rezolva propriile probleme, o invatare dupa model.

Cauze conflictuale. Fiecare conflict in familie sau la locul de munca poate fi declansant pentru abuzul de alcool. Dar si consumul ridicat de alcool este la randul sau cauza pentru dificultati familiale si probleme profesionale, astfel incat conflictele cresc si se complica. Devine din ce in ce mai puternica dorinta de a evita aceste conflicte si astfel putem constata cum se inchide acest cerc vicios, care dupa un timp nu mai poate fi rupt decat cu foarte mult efort. Analizand mai indeaproape situatia, de fapt nu conflictul este cel care determina dependenta, ci modul cum este el abordat, cel in cauza putand sa-l rezolve sau sa-l evite. **In acest sens nu conflictul este problema, ci modul de abordare**. Un lucru e cert alcoolul nu ajuta la evitarea conflictelor.

Cauze sociale. Atitudinea publicului larg fata de alcool si implicit fata de alcoolic este echivoca. In timp ce alcoolicul este dispretuit ca fiind betiv, sunt admirati toti cei care la un chef reusesc sa bea cat mai mult. Consumul temporar excesiv de alcool, de exemplu cu ocazia diferitelor sarbatri, este considerat un semn al barbatiei. Un barbat adevarat este cel care suporta cat mai mult alcool si, dimpotriva, cel ce nu bea de loc sau putin este considerat slab sau spargator de chef. Prin aceasta larga acceptanta fata de alcool, opinia publica sprijina consumul de alcool si promoveaza involuntar pericolul instalarii alcoolismului. Societatea minimalizand consumul crescut de alccol il ajuta de fapt pe cel amenintat de a deveni alcoolic sa se amageasca multa vreme ca pericolul in care se afla nu este atat de mare.

Alcoolismul si familia

Alcoolicul si partenerul sau de casnicie sunt precum cele doua jumatati de mar. Amandoi s-au cautat si s-au gasit, au format un intreg, se potrivesc, merg perfect mana in mana, au devenit complici ai dependentei fara voie si au nevoie unul de celalalt. In ultimii ani, specialistii aleg pe langa tratamentul alcoolicului si tratamentul partenerului de casnicie atunci cand clientul este casatorit. Si asta pentru ca au observat in timp ca: unui purtator al simptomului (alcoolicului) ii corespunde un intretinator al simptomului (codependentul), unui neajutorat un ajutator, iar unui suferind ii corespunde un intretinator al suferintei.

Un ingrijitor si un bolnav se gasesc si se completeaza reciproc, unul este activ celalalt este pasiv, unul donator si altul receptor, unul dominant si unul dominat, unul care prea ingaduie si perechea sa: cel care profita de ingaduinta. Asadar avem doua jumatati de mar bolnave, iar alipirea lor - refacerea intregului, este fara sens atata timp cat doar una dintre jumatati isi face tratamentul si este curata; este nevoie de doua jumatati curate pentru a reface un intreg sanatos.

In tratamentul si recuperarea alcoolicului este absolut necesara informarea si consilierea partenerului de casnicie si a familiei acestuia. De aceea exista tratamente de specialitate atat pentru dependentii de alcool, cat si pentru familiile acestora. Mamele sau sotiile lor se pot adresa centrelor de consiliere si terapie pentru o mai buna intelegere a fenomenului dependentei si codependentei, pentru un efort comun de iesire de sub chinul suferintelor pricinuite de dependenta de alcool. Tratamentul de succes al dependentului de

alcool este pe jumatate asigurat atunci cand intreaga familie participa activ la propria-i vindecare si este alaturi de el.

Alcoolicii anonimi din România

Grupul alcoolicilor anonimi a fost înființat în Statele Unite acum 70 de ani.

Un român bea în medie peste 6 litri de alcool în fiecare an - arată studii recente ale Organizației Mondiale a Sănătății. Avem un consum ceva mai scăzut decât media europeană şi ne situăm, în acelaşi timp, în a doua jumătate a clasamentului mondial. Nu suntem mai băutori de alcool decât alte popoare, spun specialiştii. Dar tot ei atrag atenția asupra altui aspect: există abuz ocazional de alcool şi există dependență - iar aceasta din urmă este o boală psihică recunoscută în alte țări, dar despre care se ştie foarte puține în România.

3. FUMATUL

Autoritatile incaseaza un miliard de euro de pe urma fumatorilor, dar cheltuiesc jumatate pentru tratarea bolilor Potrivit unor calcule estimative, sistemul sanitar cheltuieste anual peste 670 milioane de euro pentru tratamentele aferente.

Afectiunile pulmonare se numara printre cele mai intalnite forme de boala in randul fumatorilor, iar costurile unui astfel de tratament nu sunt deloc de neglijat, in evidenta spitalelor din tara noastra fiind inregistrati un numar de aproximativ un milion de bolnavi care sufera de BPOC (afectiune pulmonara cronica), iar spitalizarea pe o perioada de 15 zile, cat dureaza un ciclu de tratament, costa 800 de euro. De departe, cea mai costisitoare boala provocata de fumatul intens este cancerul pulmonar, anual fiind diagnosticati cu aceasta maladie peste 10.000 de persoane.

O analiza realizata de ziarul "Adevarul" releva faptul ca sumele cheltuite de stat pentru tratarea bolilor cauzate de alcool si tutun sunt inferioare celor virate anual la buget de producatorii din industrie. Asta, cu toate ca numarul imbolnavirilor cauzate de aceste vicii este, in ultima perioada, in continua crestere. Desi majoritatea tarilor europene detin statistici oficiale clare privind costurile bugetare cu tratarea bolilor provocate de tutun si alcool, Romania nu are deocamdata niciun studiu in acest sens. Chiar daca, in momentul introducerii, in luna mai 2005, a taxei pe viciu, autoritatile au justificat aceasta masura prin colectarea la buget a unor sume care vor fi folosite pentru combaterea efectelor bolilor provocate de tutun, Ministerul Sanatatii nu are nici in prezent o situatie concreta. .

Din motive de sănătate, în Statele Unite s-a interzis prin lege fumatul în birouri, în localuri publice, în tren, în autobuz sau avion. Fabricile de țigări sunt obligate să scrie că fumatul produce cancer. Organizația Mondială a Sănătății a înştiințat că fumatul omoară prematur 200 milioane din cei ce azi sunt adolescenți şi bagă în groapă zece procente din populația lumii.

In Romania, conform celor mai recente date prezentate de Centrul pentru Politic şi Servicii de Sănătate, o treime din adolescenții țării sunt fumători. Cea mai mare prevalență a fumatului - 34,8 %, se întâlneşte la tinerii cu vârsta cuprinsă între 15-24 de ani, față de anul 2003, când topul era dominat de grupa de vârstă 25-34 de ani. Cei mai mulți fumători sunt persoane cu studii medii (33,7 %) sau persoane ocupate (32,5 %), iar jumătate din numărul tatal al fumătorilor s-a apucat de acest viciu înainte de împlinirea vârstei de 19

ani. Peste 60 % dintre viciați fumează între 10 şi 20 de țigări zilnic, ponderea fiind mai mare în rândul bărbaților, se mai arată în studiul citat. Cât priveşte dorința de a renunța la acest viciu, mai mult de jumătate dintre cei chestionați au declarat că doresc să se lase de fumat, iar jumătate că au încercat acest lucru cel puțin o dată. **Fumătorii sunt conştienți că viciul lor îi afectează şi pe cei din jur, nefumători.** Aproape 40 % dintre fumători spun că în ultima săptămână au fumat zilnic în prezența altei persoane, iar 87,5 % au spus că acest lucru s-a întâmplat cel puțin o dată. Studiul mai arată că două treimi dintre respondenți afirmă că în România nu se respectă legislația cu privire la fumat.

BIBLIOGRAFIE

1. ALBU A., ALBU C, *Asistența psihopedagogică şi medicală a copilului deficient fizic*, Ed. Polirom, 2000.
2. ARCAN P., CIUMĂGEANU D., *Copilul deficient mintal,* Ed. Facla, Timişoara, 1980.
3. AVRAMESCU MONICA-DELICIA – D*efectologie si logopedie*, Ed. Fundatiei Romania de Maine, Bucuresti, 2006
4. DAMASCHIN D., *Mijloace tehnice moderne de compensare a deficienţelor senzoriale,* Analele Universității București, 1965.
5. GELDER M., GATH D., MAYOU R, *Tratat de psihiatrie - Oxford,* Ed. Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Inițiative Publishers, 1994, ed.a Ii-a.
6. GORGOS C, *Dicționar enciclopedic de psihiatrie,* Ed. Medicală București, 1988
7. IONESCU G., *Psilhologie clinică,* Ed. Academiei, Bucureşti, 1985
8. KULCSAR T., *Factorii psihologici ai reuşitei şcolare,* Ed. Didactică*;* Pedagogică, București, 1978
9. LAROUSSE, *Dicționar de psihiatrie și psihopatologie clinică,* Ed. Univers Enciclopedic, București, 1998.
10. MUȘU I., TAFLAN A., *Terapie educațională integrată,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1997.
11. NEVEANU-POPESCU P., *Dicționar de psihologie,* Ed. Albatros, București, 1978.
12. PAUNESCU C, *Agresivitatea şi condiția umană,* Ed. Tehnică, București, 1994.
13. PAUNESCU C. și alții, *Intoducere în logopedie,* voi. 1, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1976.
14. PAUNESCU C, *Copilul deficient. Cunoaşterea şi educarea lui,* Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1983.
15. PREDESCU V., *Psihiatrie,* voi. I, Ed. Medicală, București, 1989.
16. RAȘCANU R., *Psihologia comportamentului deviant,* Ed. Universității București, 1994.
17. SIMA I., *Psihopedagogie specială - studii şi cercetări,* voi. I, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1998.
18. STRACHINARU I., *Psihopedagogie specială,* voi. I, Ed. Trinitas, Iași, 1994.
19. ȘCHIOPU U., *Dicționar de psihologie,* Ed. Babei, București, 1997.
20. VERZA E. (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapaților,* Ed. Universității București, 1990.
21. VERZA E., *Probleme de defectologie,* voi.8, Ed. Universității București, 1988.
22. VERZA E., *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei,* Ed. Universității București, 1987.
23. VRĂȘMAȘ T., DAUNT P., MUȘU I., *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe educative speciale,* Ed. Meridiane, București, 1996.
24. VRĂȘMAȘ E., *Educația copilului preşcolar. Elemente de pedagogie la vârsta timpurie,* Ed. ProHumanitate, 1999.
25. WEIHS TH., *Să-i ajutăm,* Z'M6;WW-/, Ed. Humanitas, București, 1992.

ANEXA 1

LEGISLATIE PRIVIND PERSOANELE CU NEVOI SPECIALE

Decret nr. 122/2005 *din 16/03/2005 Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 238 din 22/03/2005* pentru promulgarea Legii privind aprobarea Ordonanței Guvernului nr. 6/2005 pentru modificarea alin. (3) al art. 54 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 102/1999 privind protecția specială şi încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap

Lege nr. 35/2005 *din 17/03/2005 Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 238 din 22/03/2005* privind aprobarea Ordonanței Guvernului nr. 6/2005 pentru modificarea alin. (3) al art. 54 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 102/1999 privind protecția specială şi încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap

Legea nr. 467 din 4.11.2004 pentru modificarea şi completarea Ordonanței Guvernului nr. 14/2003 privind înființarea, organizarea şi funcționarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap publicata in M.O.nr.1057/15.11.2004

Legea nr. 343 din 12 iulie 2004 pentru modificarea şi completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 102/1999 privind protecția specială şi încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap

Lege nr. 272 din 21/06/2004 *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 557 din 23/06/2004* privind protectia si promovarea drepturilor copilului
Legea nr.519/2002 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 102/1999 privind protecția specială şi încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap

Legea nr**. 239** din data de 06/06/2003 publicata in **M.O**. nr.**394** din data de 06/06/2003 **pentru aprobarea Ordonantei Guvernului nr. 14/2003 privind infiintarea, organizarea si functionarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap**

Legea nr.783/2001 pentru aprobarea Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 170/1999 privind acordarea, in mod gratuit a asistentei medicale, medicamentelor si protezelor pentru unele categorii de persoane prevazute in legi speciale M.O. 40/21.01.2002

Lege nr. 487 din 11/07/2002 *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 589 din 08/08/2002* sanatatii mintale si a protectiei persoanelor cu tulburari psihice

Lege nr. 705 din 03/12/2001 *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 814 din 18/12/2001* privind sistemul national de asistenta sociala

Lege nr. 17 din 06/03/2000 *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 104 din 09/03/2000* privind asistenta sociala a persoanelor vârstnice

Hotarâre nr. 1764 din 22/12/2005 *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 1182 din 28/12/2005* privind actualizarea alocației sociale cuvenite adulților nevăzători cu handicap

grav şi accentuat, precum şi a indemnizației lunare cuvenite adulților cu handicap grav şi accentuat, alții decât nevăzătorii

Hotarâre nr. 1175 din 29/09/2005 *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 919 din 14/10/2005* privind aprobarea Strategiei naționale pentru protecția, integrarea şi incluziunea socială a persoanelor cu handicap în perioada 2006-2013

Hotarâre nr. 729 din 14/07/2005 publicata in Monitorul Oficial, Partea I nr. 646 din 21/07/2005 privind stabilirea nivelurilor alocației zilnice de hrană pentru consumurile colective din instituțiile publice de asistență socială

Hotarâre nr. 463 din 19/05/2005 pentru modificarea Normelor metodologice privind condițiile de încadrare, drepturile şi obligațiile asistentului personal al persoanei cu handicap, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 427/2001, M. Of. nr. 484 din 08/06/2005

Hotarare nr. 1489 din 11 decembrie 2003 privind actualizarea alocatiei sociale cuvenite adultilor nevazatori cu handicap grav si accentuat, incepand cu luna ianuarie 2004

Hotărâre nr. 1177 din 2 octombrie 2003 privind aprobarea cuantumului indemnizației lunare de hrană cuvenite persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 732 din 20 octombrie 2003

HOTARARE nr**. 503** din 24 /04/ 2003 publicata in M.O. nr. 314 din data de 09/05/200 pentru indexarea intervalelor de venituri pe baza carora se stabileste contributia lunara de intretinere datorata de persoanele asistate sau de sustinatorii legali ai acestora, aflate in institutiile de protectie speciala a persoanelor cu handicap

HOTARARE nr. **339** din data de 27 /03/ 2003 publicata in M.O. nr. 209 din data de 31/03/200 privind majorarea cuantumului alocatiei zilnice de hrana pentru consumurile colective din institutiile de protectie speciala a persoanelor cu handicap, aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap

HOTARARE nr. **236** din data de 04 /03/ 2003 publicata in M.O.nr. 162 din data de 13/03/2003 pentru alocarea unei sume din Fondul de rezerva bugetara la dispozitia Guvernului pe anul 2003 pentru realizarea unor actiuni dedicate Anului european al persoanelor cu handicap

HOTARARE nr. 329 din 20 martie 2003 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare si functionare a institutiilor de protectie speciala a persoanelor cu handicap privind majorarea cuantumului alocatiei zilnice de hrana pentru consumurile colective din institutiile de protectie speciala a persoanelor cu handicap, aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap - privind valorificarea produselor si serviciilor realizate în cadrul caminelor-atelier si al altor camine din coordonarea Secretariatului de Stat pentru Persoanele cu Handicap
HG nr.696/2001 - pentru aprobarea Normelor metodologice privind finanțarea proiectelor în domeniul protecției speciale a persoanelor cu handicap şi administrarea unităților finanțate în

comun de Secretariatul de Stat pentru Persoanele cu Handicap şi organizaţiile neguvernamentale ale persoanelor cu handicap sau care au ca obiect de activitate protecţia specială a persoanelor cu handicap

HG nr.427/2001 - pentru aprobarea Normelor metodologice privind condiţiile de incadrare, drepturile si obligaţiile asistentului personal al persoanei cu handicap

HG nr.219/2001 - pentru aprobarea execuţiei unor pasarele pietonale şi amenajarea unor treceri pentru biciclişti şi persoane cu handicap locomotor pe drumul naţional DN 1, sectorul Bucureşti-Ploieşti

Hotararea Guvernului nr. 532/1999 pentru aprobarea Metodologiei de stabilire a nivelului contributiei de intretinere in institutiile de asistenta sociala, datorata de persoanele asistate sau de sustinatorii legali ai acestora, cu modificarile si completarile ulterioare - M.O. 325/08.07.1999

Hotararea Guvernului nr.174/2002 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii ne.76/2002 privind sistemul asigurarilor pentru somaj si stimularea ocuparii fortei de munca M.O. 181/18.03.2002

Ordonanta nr. 30 din 29/01/2004 pentru modificarea Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 170/1999 privind acordarea, în mod gratuit, a asistentei medicale, medicamentelor si protezelor pentru unele categorii de persoane prevazute în legi speciale

Ordonanta nr. 2 din 8 ianuarie 2004 pentru modificarea si completarea Ordonantei Guvernului nr. 14/2003 privind infiinţarea, organizarea şi funcţionarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 32 din 15 ianuarie 2004

OUG nr.102/1999 - privind protectia specialã si încadrarea în muncã a persoanelor cu handicap

Ordin nr. 245/2005 privind aprobarea Regulamentului de organizare si functionare a Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap, precum si a Regulamentului de organizare si functionare a Institutului National pentru Prevenirea si Combaterea Excluziunii Sociale a Persoanelor cu Handicap *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 905 din 11/10/2005*

Ordin nr. 248/2005 privind aprobarea Metodologiei de control, inspectie si monitorizare, aplicabila in domeniul de competenta al Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr.912 din 12/10/2005*

Ordin nr. 94 din 22/03/2005 *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 353 din 26/04/2005* privind aprobarea Metodologiei de organizare a cursului pentru obţinerea atestatului de interpret în limbajul mimico-gestual specific persoanelor cu deficienţe de auz

Ordin nr. 216 din 17/02/2005 *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 566 din 01/07/2005* pentru aprobarea Normelor metodologice privind modalitatea de acordare a gratuității de transport cu metroul şi cuantumul acestei gratuități pentru persoanele cu handicap accentuat şi grav şi pentru asistenții personali sau însoțitorii acestora

Ordin privind aprobarea Metodologiei de organizare a cursului pentru obținerea atestatului de interpret în limbajul mimico-gestual specific persoanelor cu deficiențe de auz

Metodologia de organizare a cursului de interpret în limbajul mimico-gestual specific persoanelor cu deficiențe de auz

Ordin nr. 175 din 24/11/2004, publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 1229 din 21/12/2004, pentru înlocuirea anexei nr. 3 la Ordinul preşedintelui Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap nr. 52/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcționare a Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, a Institutului Național pentru Prevenirea şi Combaterea Excluziunii Sociale a Persoanelor cu Handicap, a inspecțiilor regionale şi a Comisiei superioare de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulți

Ordin nr. 90 din 03/02/2004, publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 122 din 11/02/2004, privind aprobarea Listei preturilor de referinta corespunzatoare categoriilor si tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau fiziologice, în cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate

Ordin nr. 373 din 04/08/2003 *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 737 din 22/10/2003* pentru stabilirea documentelor justificative si a modalitatii de decontare privind taxa pentru abonamentul la curentul electric pentru nevazatorii cu handicap grav

Ordin nr. 302 din 18/07/2003 *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 571 din 08/08/2003* privind aprobarea Criteriilor specifice Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap de acordare a statutului de utilitate publica persoanelor juridice de drept privat fara scop patrimonial

Ordinul Secretarului de Stat al Secretariatului de Stat pentru Persoanele cu Handicap nr.46/1999 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotarârii Guvernului nr.109/1999 privind valorificarea produselor si serviciilor realizate în cadrul caminelor-atelier si al altor camine , din coordonarea Secretariatului de Stat pentru Persoanele cu Handicap

ORDIN nr. **290** din data de 17 /04/ 2003 publicat in M.O. nr. 358 din data de 26/05/200 pentru aprobarea normelor metodologice privind modalitatea de acordare a gratuitatii transportului urban cu mijloacele de transport in comun de suprafata sau cu metroul si interurban, precum si pentru stabilirea cuantumului acestei gratuitati pentru persoanele cu handicap accentuat si grav, precum si pentru asistentii personali sau insotitorii acestora

ORDINUL M.S.F nr. **277** din data de 01/04/ 2003 publicat in M.O. nr. 224 din data de 03/04/200 pentru modificarea anexei la Ordinul ministrului sanatatii si familiei nr. 726/2002 privind criteriile pe baza carora se stabileste gradul de handicap pentru adulti si se aplica masurile de protectie speciala a acestora

Ordin M.S.F nr. 721 din data de 01/10/2002 publicat in M.O. nr. 908 din data de 13/12/2002 privind aprobarea Regulamentului privind procedura si conditiile de autorizare a interpretilor limbajului mimico-gestual si limbajului specific al persoanelor cu surdo-cecitate

Ordin M.S.F nr. 794 din data de 07/10/2002 publicat in M.O. nr. 929 din data de 18/12/2002 aprobarea modalitatii de plata a indemnizatiei cuvenite parintilor sau reprezentantilor legali ai copilului cu handicap grav, precum si adultului cu handicap grav sau reprezentantului sau legal

Ordin MSF nr. 726 din 01/10/2002 publicat in M.O nr.775 din 24/10/2002 - criteriile pe baza carora se stabileste gradul de handicap pentru adulti si se aplica masurile de protectie speciala a acestora

Ordin nr. 706 din 24/09/2002 *Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 839 din 21/11/2002* privind acordarea asistentei medicale pentru persoanele încadrate într-un grad de handicap si aprobarea modalitatilor de decontare a cheltuielilor aferente

ORDIN nr. **162** din data de 16 /12/ 2002 publicat in M.O. nr.103 din data de 19/02/2003 pentru aprobarea Normelor privind desfasurarea activitatii de informare si consiliere pentru persoanele cu handicap

Ordinul Secretarului de Stat al Secretariatului de Stat pentru Persoanele cu Handicap nr.125/1999 - privind constituirea Consiliului Național de Dialog Social pentru Problemele Persoanelor cu Handicap

ANEXA 2

ACTELE NECESARE PENTRU OBTINEREA CERTIFICATULUI DE INCADRARE INTR-O CATEGORIE DE PERSOANE CU HANDICAP CARE NECESITA PROTECTIE SPECIALA

- Copie B.I.
- TRIMITERE DE LA MEDICUL DE FAMILIE
- REFERAT DE LA MEDICUL SPECIALIST
- Toate actele medicale deținute (rezultate analize, bilete de ieşire din spital, etc.)
- Adeverință de venit sau
- Ultimul talon de pensie (dacă e cazul)
- Ultimul certificat de persoană cu handicap (dacă e cazul)

CERTIFICATUL SE OBTINE DE LA COMISIA DE EXPERTIZA MEDICALA DIN SECTORUL SAU JUDETUL DE RESEDINTA

NOTA:
- Neacordarea certificatului intr-un anumit grad de handicap poate fi contestata in termen de 30 de zile de la comunicarea ei.

ANEXA 3

ACTELE NECESARE
PENTRU
INTERNAREA INTR-UN CENTRU DE INTEGRARE
PRIN TERAPIE OCUPATIONALA
PENTRU PERSOANE CU HANDICAP

- Dosar cu şină
- CEREREA DE INTERNERE IN CENTRU, COMPLETATA DE SOLICITANT
- COPIE DUPA B.I.; CERTIFICAT DE NASTERE, DE CASATORIE SAU DECES
- CERERE DIN PARTEA APARTINATORULUI
- CERTIFICAT MEDICAL TIP A5 de la medicul de familie, că nu suferă de BOLI INFECTIO-CONTAGIOASE (R.B.W., M.R.F., SIDA - până la 60 ani examen coproparazitologic)
- CERTIFICAT DE INCADRARE INTR-O CATEGORIE DE PERSOANE CU HANDICAP
- ADEVERINTA DE VENIT de la Administrația financiară
- ADEVERINȚA PENTRU DEȚINERE DE SPAȚIU LOCATIV (dacă e cazul)
- ULTIMUL TALON DE PENSIE (dacă e cazul)
- ADEVERINȚA DE MEMBRU al A.N.R. (nevăzători)
- CERTIFICAT MEDICAL care atestă acuitatea vizuală recentă (nevăzători)

DOSARUL SE DEPUNE LA INSPECTIA REGIONALA SAU CONSILIUL JUDETEAN DE CARE APARTINE CENTRUL

AUTORITATEA NATIONALA PENTRU PERSOANELE CU HANDICAP

Adresa: BUCURESTI, CALEA VICTORIEI NR.194, SECTOR 1
Telefon: 212 54 38; 212 54 39; 212 54 40
Fax: 212 54 43; 312 08 04

ANEXA 4

RESURSE INTERNET PENTRU INFORMAREA PERSOANELOR CU HANDICAP

- CRIPS- Studiul “Elemente majore de evaluare a gradului de integrare/participare socială a persoanei cu handicap” 2005. Studiu elaborat de Centrul de Resurse si Informare pentru Profesiuni Sociale CRIPS, cu finantare din partea M.M.S.S.F.

-**Societatea Handicapatilor Locomotor din Romania.** Pagina uneia dintre cele mai active organizatii ale persoanelor adulte cu handicap locomotor/fizic din tara noastra. Cuprinde informatii complete despre realizari, servicii, proiecte de viitor, modul de inscriere, revista "Invingatorul", toate acestea fiind prezentate intr-un mod atractiv si original.

- **ASETH - Asistenta Educationala a Tinerilor cu Handicap**

- **Centrul de informare, monitorizare si resocializare a persoanelor marginalizate din sectorul 2**

- **ASOCIATIA PERSOANELOR CU HANDICAP NEUROMOTOR DIN ROMANIA**

- Ghidul "**Anuntul handicapului pe intelesul tuturor**" poate fi citit la adresa www.ahnr.cabanova.ro

- Federatia Romana a Sportului pentru Persoanele cu Handicap

- **Romanian Blind Site (site-ul nevazatorilor din Romania)** - proiect lansat de Fundatia Cartea Calatoare a carui finantare a fost asigurata de Fundatia pentru o Societate Deschisa. El isi propune sa faca cunoscuta activitatea nevazatorilor din Romania si problemele lor specifice.Informatiile cuprinse in acest site se adreseaza in mod special persoanelor cu deficiente de vedere, familiilor lor si celor care se ocupa de instruirea si ingrijirea acestora. In interiorul acestei pagini veti gasi legaturi catre principalele organizatii de nevazatori din Romania,organizatii guvernamentale si neguvernamentale.

- **Asociația Nevăzătorilor din România** - Site-ul prezinta informatii despre ANR, legislatia in domeniu, tiflologie, actualitate, adresele filialelor, revista "Litera noastra".

- Revista Radar - revista on-line a nevazatorilor, editata de Fundatia "Cartea calatoare"

- Organizația „AUTISM ROMÂNIA-Asociația Părinților Copiilor cu Autism” - membră a Organizației Internaționale Autism-Europe, organizație care are ca membri peste 78 de organizații din peste 30 de țări din Europa, marea majoritate a acestora fiind organizații de părinți; conectata la ceea ce se întîmplă în Europa şi în lume pentru persoanele cu autism (Organizația Mondială pentru Autism, Forumul European al Dizabilității, Consiliul Europei, Parlamentul European, etc) .

- Asociatia Nevazatorilor din Romania - filiala Constanta-Tulcea - In cadrul Asociatiei, activitatea se desfasoara de luni pana vineri de la 7:30 pana la 15:30. Periodic au loc la sediul asociatiei activitati cultural-sportive, acestea desfasurandu-se in week-end. In cadrul asociatiei functioneaza o biblioteca pentru nevazatori, care pune la dispozitie,carti tiparite in Braille si inregistrate pe casete audio. Din Anul 2003 a fost infiintat si un club de informatica pentru nevazatori de catre Fundatia Cartea Calatoare din Focsani, acest site fiind un proiect al clubului de informatica.

- Site-ul Cooperativei de invalizi “Munca” Bucuresti - MUNCA CM unde puteti gasi "Oferta cu produsele realizate de cooperativa Munca" precum si alte informatii deosebit de interesante pentru nevazatori.

- Noi adrese de site-uri

Asociatia persoanelor cu handicap neuromotor - Filiala Caras_Severin Resita
HAND-ROM - organizatie neguvernamentala (ngo), non profit, infiintata de persoane cu dizabilitati pentru drepturile si nevoile persoanelor cu dizabilitati din Romania

Pagina lui Teddy. Un site cu informatii si documentatii pentru software pentru nevazatori si nu numai. Pe acest site puteti gasi in primul rand carti si manuale din care puteti invata sa utilizati diverse programe, limbaje de programare, sisteme de operare, dar si scurte tutoriale privind utilizarea unor aplicatii. Puteti de asemenea descarca diverse programe utile precum si scripturi pentru Jaws sau fisiere de setare pentru Window Eyes. O alta sectiune a paginii cuprinde diverse articole despre accesibilitatea programelor, despre securitate, si diverse sfaturi pentru utilizarea unor programe. Puteti de asemenea gasi o lista cu legaturi catre multe pagini de web utile nevazatorilor, precum si o lista cu liste de discutii pentru nevazatori, in care mai puteti adauga si alte liste.

Legaturi la resurse externe

- **Inclusion Europe - The European Association of Persons with Intellectual Disabiliy and their Families (**site-ul Asociatiei Europene pentru Persoanele cu Handicap Intelectual si Familiile acestora**)**
- - **European disability FORUM** - Forum european pentru persoanele cu dizabilitati - **Handicap International** -

1. Organizatii pentru persoanele cu handicap

Pagina web a Natiunilor Unite pentru persoanele cu handicap

Organizatia Natiunilor Unite a creat aceasta pagina Web (http://www.un.org/esa/socdev/enable/) pentru a da asistenta in promovarea unor masuri efective pentru prevenirea incapacitatilor, recuperare, participarea deplina a persoanelor cu handicap la viata sociala si la dezvoltarea sociala, si pentru egalitate.

Deaf World Web (Web pentru persoanele cu incapacitati auditive)

DWW, cu adresa http://dww.deafworldweb.org/, este sursa cea mai temeinica de pe Internet in ceea ce priveste persoanele cu incapacitati auditive. DWW furnizeaza servicii de informatii, o baza de date ce cuprinde resursele, legaturi cu site-urile web internationale ce preivesc persoanele cu incapacitati auditive si un dispozitiv de cautare.

Unul dintre aspectele cele mai originale ale acestui site este seria de legaturi (link) de tip „pop-picks", care contine:

Deaf Culture (Informatii pentru surzi), o serie de link-uri pentru diverse domenii ce intereseaza persoanele cu incapacitate auditiva

Deaf Kids (Copii surzi), o aplicatie educativa pentru copii si profesori

Singurul inconvenient al acestui site este faptul ca este proiectat cu cadre HTML, ceea ce face dificila accesarea lui de catre unele persoane. Totusi, DWW contine si alternativa NOFRAMES, care furnizeaza numai un text ce indica necesitatea folosirii unui browser Web compatibil HTML pentru a accesa informatia site-ului.

Royal Victorian Institute for the Blind (RVIB) - pentru persoane fara vedere sau cu incapacitate vizuala. Fondata in 1866, RVIB (http://www.rvib.org.au/) este prima institutie care se ocupa de persoane fara vedere sau cu incapacitate vizuala. Ea furnizeaza o gama mare de servicii ca angajarea persoanelor cu handicap pentru prestarea anumitor servicii, instruire, recuperare, educare, precum si servicii de informare. RVIB este principalul furnizor de

servicii, resurse si informatii care dau posibilitatea celor cu incapacitati vizuale de a fi cat mai independenti si de a-si imbunatati calitatea vietii.
National Industries for the Blind (http://www.nib.org/) Misiunea acestei institutii este de a spori independenta economica si personala a persoanelor care sunt lipsite de vedere in special prin creerea, sustinerea si imbunatatirea activitatii persoanelor cu handicap vizual.
The Disability Resources Monthly. Organizatia nonprofit Disability Resources (www.disabilityresources.org/) isi propune sa promoveze si sa imbunatateasca accesul, accesibilitatea si disponibilitatea informatiei. Site-ul Web cu acelasi nume este proiectat sa ofere cele mai competente informatii despre incapacitati pe Internet. Principalele sectiuni sunt DRM WebWatcher, un ghid imens al site-urilor internationale ce au legatura cu incapacitatile, si DRM Regional Resource Directory, un ghid al organizatiilor si agentiilor din fiecare tara.
American Foundation for the Blind (AFB) (http://www.afb.org/). Aceasta organizatie a fost creeata in 1921 este principala resursa americana pentru persoanele fara vedere sau cu incapacitate vizuala. Scopul acestei organizatii este de a da posibilitatea persoanelor cu handicap vizual sa aiba acelasi acces si acceasi sansa ca persoanele normale pentru a-si asigura libertatea de alegere in viata.
National Federeation of the Blind (NFB) (http://www.nfb.org/) Fondata in 1940, aceasta este cea mai mare si mai influenta organizatie a persoanelor lipsite de vedere. Scopul ei este dublu:

- de a ajuta persoanele lipsite de vedere sa capete incredere in sine si respect de sine
- de a actiona ca un instrument al expresiei colective a celor lipsiti de vedere.

Organizatia se straduie sa convinga persoanele cu probleme de vedere ca ei sunt oameni normali cu care pot sa se compare din toate punctele de vedere. Aceasta se realizeaza prin urmatoarele mijloace:

- Oferirea de servicii in domeniul educatiei despre orbire
- Burse
- Literatura si publicatii despre orbire
- Aparatura auxiliara si alte echipamente adaptate pentru nevazatori
- Servicii de aparare si protectie a drepturilor civile
- Oferirea de locuri de munca pentru nevazatori
- Dezvoltarea si evaluarea tehnologiei
- Asistenta si suport pentru nevazatori si familiile acestora.

Low Vision Network (LOVNET). Aceasta aplicatie (http://vision.psych.umn.edu/www/lovnet/lovnet.html) este interfata World Wide Web pentru Low Vision Research Group (LVRG), aplicatie ce furnizeaza o resursa Internet pentru cercetatori, medici si alte persoane interesate in problemele ce afecteaza vederea.
Hong Kong Society for the Blind. Infiintata in 1956, aceasta societate (http://www.khsb.org.hk/) este o agentie guvernamentala dedicata ajutorarii nevazatorilor sau a celor cu vederea slabita din Hong Kong. Avand o activitate de peste 40 ani, ea desfasoara activitati in domeniul educatiei, recuperarii, exersarii clientilor cu dificultati de vedere pe domeniile social si de asistenta la domiciliu.
American Council for the Blind (ACB). Organizatia (http://www.acb.org/) se straduieste sa imbunatateasca bunastarea tuturor celor care au dificultati de vedere prin: asumarea rolului de organizatie nationala reprezentativa a nevazatorilor; ridicarea nivelului social, economic si cultural al nevazatorilor; cooperarea cu institutiile private si de stat si cu organizatiile ce se

ocupa de servicii pentru nevazatori; incurajarea si asistarea tuturor nevazatorilor in actiunea de a-si dezvolta capacitatile s, ca si conducerea unui program de educatie publica in vederea promovarii unei mai bune intelegeri a situatiei nevazatorilor si a capacitatilor acestora.
Rehabilitation Engeneering and Assistive Technology Society of America (RESNA) Aceasta asociatie (http://www.resna.org/) are ca scop reabilitarea si dezvoltarea reabilitarii si a tehnologiilor de asistare pentru persoane cu handicap.
Asociatia ALS. Aceasta asociatie (amyotrophic lateral sclerosis – boala neurodegenerativa fatala) ce are un site Web (http://www.alsa.org/) ce constituie o realizare importanta in incercarea de a face lumea constienta de existenta acestei boli, cunoscuta mai bine sub numele de boala lui Lou Gehring.

2. Adresele altor organizatii pentru persoanele cu handicap

The American Academy of Ophtalmology's EyeNet Low Vision FAQs
http://www.eyenet.org/publicfaqs/low_vision_faq.html
The Canadian Institute for the Blind (CNIB)
http://www.cnib.ca/
DB-LINK, The National Clearinghouse on Children Who Are Deaf-Blind
http://www.tr.wosc.osshe.edu/dblink/index.htm
The Royal National Institute for the Blind
http://www.rnib.org.uk/

3. Organizatii caritabile si nonprofit
American Disability Association. Misiunea acestei organizatii este sa furnizeze o retea informativa (http://www.adanet.org/) pentru: a satisface necesitatea informationala a persoanelor cu incapacitati, a celor care ii supravegheaza; a raspandi instruirea persoanelor cu handicap; a organiza forum-uri in care sa se stabileasca politica sociala in vederea cresterii calitatii vietii si a maririi libertatii tuturor persoanelor raportat la incapacitati.
The Electronic Industries Foundation (EIF). Aceasta organizatie (http://www.eia.org/eif) este implicata de mai mult timp in sustinerea persoanelor cu handicap. Scopul principal este initiativa in domeniul educatiei si programele pentru copii, dar colateral este responsabila de crearea asociatiei TIA Access (The Telecommunications Industry Association's disabilities Web site) si a ghidului Resource Guide for Accessible Design of Consumer Electronics (http://www.tiaonline.org/access/guide.html). Acest ghid este unul dintre cele mai consultate documente ce privesc problemele persoanele cu handicap.
Arkenstone. Aceasta organizatie este condusa de un specialist in astfel de probleme si constituie un furnizor de marca a sistemelor de citire pentru nevazatori si pentru cei cu vederea slabita. Printre realizarile de marca se numara sistemele de citire Open Book si locatorul personal GPS sonor.
Descriptive Video Service. Avand o activitate de peste opt ani, DVS (http://www.wgbh.org/wgbh/access/dvs/) , aceasta organizatie „descrie" imagini vizuale pentru nevazatori si cei cu vederea scazuta. Folosind o tehnica inovatoare, sunt inserate elemente narative ale unor descrieri vizuale, actiuni, costume, gesturi si mimica in pauzele unei piste sonore ale unui program sau ale unui film.
Acest serviciu, ce poate fi folosit de 80% din populatia americana, este furnizat de Nboston Public Broadcaster WGBH. DVS a „descris" mai mult de 1600 programe pe Public

Broadcasting Service (PBS). Pentru abonatii la programele prin cablu, DVS a descris mai mult de 50 de filme clasice care apar saptamanal pe reteaua TCM.
In plus, sunt accesibile peste 175 de filme artistice si documentare pe video prin DVS. Este necesar doar un player video, iar procurarea casetelor se poaye face prin 1200 biblioteci raspandite pe tot teritoriul USA sau procurate prin catalogul DVS Home Video.

Very Special Arts (VSA) din Massachusetts (http://www.vsamass.org/)
Aceasta este o organizatie nonprofit care urmareste sa promoveze raspandirea culturii in randul persoanelor cu incapacitati. VSA suporta de asemenea si Acess Expressed Network (http://www.accessexpressed.net/), un site ce urmnareste diseminarea informatiilor ce privesc artele si mijloacele de a le face cunoscute.

NISH
Organizatia (http://www.nish.org/) urmareste cresterea calitatii vietii persoanelor cu incapacitate marita. NISH ofera asistenta profesionala si tehnica programelor de reabilitare nonprofit a comunitatii si incurajeaza si asista participarea la programul JWOD sau la alte activitati de educare sau de prestari de servicii.

Family Village. Site-ul acestei organizatiiv\ (http://www.familyvillage.wisc.edu/index.htmlx) ofera informatii interesante pentru parintii care au copii cu incapacitati. Site-ul ofera informatii, resurse pe Internet pentru persoane retardate mental, pentru familiile acestora si pentru cei care ofera servicii si suport. Ofera de asemenea diagnoza specifica, produse si tehnologie, activitati recreative, educative, informatii legate de infirmitati si alte servicii.

National Cristina Foundation (NCF)
Aceasta fundatie (http://www.cristina.org/index2.html) este o organizatie nonprofit ce ofera echipamente de calculator si instruire copiilor care au anumite infirmitati.

Recordings for the Blind and Dyslexis (RFB&D). Organizatia (http://www.rfbd.org/) este recunoscuta international si ofera versiunile pe calculator a mii de carti. Se cauta astfel mentinerea unei biblioteci de carti academice si profesionale pe suport audio

STARBRIGHT Foundation. Site-ul acesteia (http://www.starbright.org/) materializeaza activitatea dusa de fundatie in directia dezvoltarii de proiecte ce permit copiilor cu probleme sa treaca cu succes peste situatiile dificile de care se lovesc in viata de zi cu zi. Aceste proiecte se refera la durerea, frica, singuratatea si depresia care pot fi la fel de greu de suportat ca boala insasi.

4.Alte societati caritabile si nonprofit

The Ability Project
http://www.ability.org.uk/home.html
The British Computer Association for the Blind
http://www.bcab.org.uk/
Closing the Gap
http://www.closingthegap.com/
The Graphic Arts Guild Associations Disability Access Symbols Page
http://www.gag.org/resources-das/index.html
The Massachusetts Assistive Technology Partnership Program (MATTPP)
http://www.matp.org/
The National Organization on Disability
http://www.nod.org/

The New England Regional Assistive Technology Exchange
http://www.reply.net/cgi-bin/nhaat/index
The Upshaw Institute for the Blind
http://www.upshawins.org/

5. Site-uri educative si de cercetare

La scara internationala problema se pune de a face ca accesibilitatea sa constituie o componenta a vietii de zi cu zi. Dar s-a mers si mai departe, cea mai mare parte a organizatiilor citate mai jos au cautat sa deplaseze centrul de greutate al problemei de la incapacitatea unei persoane spre capacitatile acesteia si spre creerea unei sigurante in puterile proprii.
The National Center for Dissemination of Disabilities. NCDDR (http://www.ncddr.org/) este un proiect pilot ce ajuta cercetatorii sa-si publice rezultatele muncii lor.
The Assistive Technology and Human-Computer Interaction Laboratory at the Institute of Computer Science (ICS) (http://www.ics.forth.gr/proj/at-hci/)
Foundation for Research and Technology – Hellas (FORTH) in Hellas, Greece Laboratorul AT-HCI de la ICS-FORTH este leaderul recunoscut in cercetare si dezvoltare pe linia Human-Computer Interaction (HCI) pentru persoanele cu handicap. Misiunea acestui laborator este sa contribuie la dezvoltarea unei societati informationale acceptabila de toti cetatenii.
The DAISY Consortium. Consortiul Digital Audio-based System (DAISY) stabileste standardul international pentru producerea si folosirea urmatoarei generatii de carti sonore digitale (talking books). Acesta consta din organizatii raspandite in toata lumea care deservesc persoane nevazatoare sau cei „print disabled" (termenul desemneaza indivizi care nu pot citi cu usurinta materiale tiparite). De exemplu, o persoana care nu poate intoarce paginile unei carti sau un individ care sufera de dyslexia.
Disability Information Systems in Higher Education (DISinHE)
Site-ul (http://www.disinhe.ac.uk/) este facut de Central Clearing House for Information Technology for Accessibility and Disability in Higher Education, fundat de Joint Information Systems Comitee (JSC) tinand de United Kingdom Higher Education Funding Councils.
Gallaudet University's Technology Access Program Acesta este un site exceptional (http://www.gallaudet.edu/) caracterizat prin cercetare, servicii si tehnologie ce implica comunicatii, telecomunicatii si persoanele surde.
Special Needs Opportunity Windows (SNOW). Site-ul SNOW (http://snowutoronto.ca/) este un proiect canadian ce furnizeaza un clearinghouse informational pentru educatorii celor cu probleme deosebite. Pe langa faptul ca contine foarte multe informatii, SNOW ofera dezbateri si un domeniu special pentru copiii cu infirmitati.
Center for Research on Women with Disabilities. Scopul acestui centru (http://www.bcm.tmc/edu/crowd/crowd.html) este sa conduca cercetarile si sa promoveze, dezvolte si sa raspandeasca informatii in vederea maririi optiunilor femeilor cu incapacitati astfel incat acestea sa participe pe deplin la viata in societate.
The Institute on Disability at University of New Hampshire. Aceasta organizatie (http://www.iod.unh.edu/), fundata in 1987), este o sursa importanta pentru cercetarile si informatiile ce privesc problemele persoanele cu handicaplor. Institutul ofera o multime de servicii, printre care mentionam instruirea cercetatorilor si a cadrelor tehnice, programe de

asistenta tehnica, cercetare tehnologica si activitati de punere la curent in domeniul informational, destinate sa educe oamenii in general in problemele legate de incapacitati. **The University of Illinois Urbana-Champaign Information Technology Accessibility Page.** Aceasta este un important program pentru cercetare (http://www.als.uiuc.edu/InfoTechAccess/) in special in domeniile tehnicii de calcul avansate, serviciilor informatice si in domeniul Web.

6.Alte Site-uri educationale si de cercetare

The LaGrange Area Department of Special Education
http://www.ladse.k12.il.us
Riverdale High School Web Accessibility Page
http://www.members.home.com/davidjarvis/
The Society for Disability Studies
http://www.uic.edu/orgs/sds/
The Universal Design/Disability Access Program for Advanced Computational Infrastructure
http://www.trace.wisc.edu/world/udda

7.Site-uri comerciale

Apple Computer Disability Solutions Group
Compania Apple este de multa vreme un promotor care promoveaza accesibilitatea produselor pentru persoanele cu handicap. Toate sistemele Macintosh sunt dotate cu caracteristici de accesibilitate, printre care se numara CloseView si EasyAccess. La nivelul interfetei user, putine sisteme se compara cu facilitatile de manevrare pe care Macintosh le ofera.
In sprijinul activitatii ce are in vedere persoanele cu handicap, Grupul Apple proiecteaza sisteme accesibile (http://www.apple.com/education/k12/disability/message.html).
The Assistive Devices Industry Association (CanADIA) of Canada
Aceasta asociatie (http://www.starligweb.com/canadia/) este o asociatie comerciala de producatori si dezvoltatori detehnologie asistativa din Canada. Site-ul Web pe care l-a lansat aceasta asociatie ofera servicii ce contin conferinte legate de problemele persoanelor cu handicap.
Disability Net
Disability Net (http://www.disabilitynet.co.uk/) este unul dintre putinii furnizori internationali de servicii care isi directioneaza activitatile spre persoanele cu handicap. Firma ofera o mare gama de servicii informative ca stiri, vanzari de produse, forum-uri de dezbateri, un oficiu de locuri de munca si date de cercetare.
The vOICe
Acesta este un sistem experimental pentru reprezentari sonore ale imaginilor. A fost proiectat ca un dispozitiv ce substituie in timp real imaginea vizuala cu o imagine sonora. De mentionat ca pentru folosirea acestui sistem este necesara o camera video. Adresa site-ului este http://www.ourworld.compuserve.com/homepages/Peter_Meijer/
Adaptive Technology Consulting, Inc.
Produsele acesteia (http://www.adaptivetech.net/) sunt caracterizate prin faptul ca ofera o gama diversificata de produse pentru nevazatori, cei cu vederea slabita si cei care au

dificultati de citire. ATC ofera servicii complete pentru integrarea sistemelor, precum si instruire pe intreg sistemul.
Immersion Corporation: http://www.immerse.com/
Produsele societatii sunt caracterizate prin force-feed-back. Aceasta face ca un mouse sa „simta", adaugand o noua dimensiune interfetei computerului. Pentru exemplificare, un nevazator poate „simti" deplasarea pe ecran a mouse-ului, caci acesta genereaza feedback in functie de obiectele cu care vine in contact. Despre dispozitivele force-feedback a se vedea si http://www.immersion.com/.

Duxbury Systems, Inc.

Aceasta corporatie (http://www.duxburysystems.com/) este recunoscuta pentru proiectarea unor tehnologii de asistare pentru nevazatori. Sistemul de traducere Duxbury Braille este printre cele mai populare in domeniu. Acesta este capabil sa traduca alfabetul Braille in engleza, spaniola, franceza, araba, ebraica, portugheza si alte limbi in MS-Dos, Windows, Macintosh, Unix si alte sisteme.

Techon-Vision Systems, Ltd.

Aceasta companie (http://www.techno-vision.co.uk/) ofera produse si servicii (sisteme de descriere tactila a semnalelor audio si grafice) pentru persoanele cu disfunctii vizuale.

Enabling Technologies Company (ETC)

ETC (http://www.brailler.com/) ofera echipamente, servicii si suport pentru toate aplicatiile de tip Braille.

Formation et Insertion Deficients Visuels (FIDEV)

Aceasta aplicatie (http://www.fidev.ec-lyon.fr/pages/indxang.html.en) cauta sa imbunatateasca integrarea profesionala a nevazatorilor si a celor cu deficiente de vedere, furnizand instruire si servicii de integrare.

Lunney Associates

Aceasta asociatie (http://www.people.delphi.com/LUNNEY) dezvolta asistenta de laborator si instrumente de analiza a datelor cu inalta tehnologie pentru cercetatorii din domeniile stiintifice, pentru oameni de stiinta si ingineri care au debilitati, in special pentru nevazatori sau cu probleme vizuale. Ea ofera si consultanta tehnica in probleme de acomodare cu locul de munca pentru oameni de stiinta si ingineri cu debilitati. Site-ul pune accent mai ales pe folosirea instrumentelor legate de calculator in activitatea stiintifica, in inginerie si matematici pentru a le face mai accesibile persoanelor cu incapacitati.

ActiveWord Systems, Inc.

ActiveWord Systems (http://www.activewords.com/) are o abordare interesanta in ceea ce priveste activitatile legate de calculator, prin activarea cuvintelor comune sau familiare in toate contextele user. Aceasta caracteristica este foarte utila pentru persoanele cu

Site-uri pentru nevazatori si persoane cu vederea slabita

AccessAbility, Inc.

http://www.customeyes.com/

Ai Squared

http://www.aisuared.com/

Artic Technologies

http://www.artictech.com/

Blazie Engeneering

http://blazie.com/

GW-Micro

http://www.magnicam.com/magnicam/

Syntha-Voice

http://www.synthavoice.on.ca/

Telesensory

http://www.telesensory.com/

VisuAide Products

http://www.visuaide.com/indexproduits.en.html

Site-uri pentru persoanele cu dificultati fizice si de mobilitate

Access Unlimited

http://www.accessunlimited.com/

Handicapped, Inc.

http://www.handicapsinc.com/

In Touch Systems

http://www.magicwandkeyboard.com/index.html

New Mobility Interactive Café

http://www.newmobility.com/

Site-uri informative

The National Rehabilitation Information Center (NARIC)

NARIC (http://www.naric.com/naric/index.html) este o resursa importanta care a adunat si a raspandit rezultatele proiectelor de cercetare finantate de stat. Baza de date, care contine carti publicate, articole aparute in jurnal, emisiuni audiovizuale, sporeste lunar cu peste 200 documente. Se pot consulta informatiile privind incapacitatea la adresa http://www.naric.com/naric/search/.

ADA Technical Assistance Program

Un site foarte valoros (http://www.adata.org/) pentru institutiile care angajeaza persoane cu handicap, ADA este un program care ofera informatii, instruire si asistenta tehnica societatilor de afaceri si agentiilor care au responsabilitati si indatoriri ADA si persoanelor cu incapacitati.

Duncan Kinder's Americans with Disabilities Document

Site-ul creat de Duncan Kinder (http://www.janweb.icdi.wvu.edu/kinder/) este printre cele mai bine informate in ceea ce priveste problema incapacitatii.

The Disability Statistics Center (DSC)

Aflat la Universitatea California din San Francisco, DSC (http://wwwucsf.edu/) ofera o gama mare de informatii statistice privind incapacitatile. Scopul acestui centru este sa functioneze ca un centru de cercetari si instruire in statistica privind incapacitatile.

The Able Channel

Able Channel ofera si disemineaza informatii in format accesibil ce trateaza problemele persoanelor cu handicap. Iin perspectiva, centrul urmareste sa devina baza de date pe Web care sa adune informatiile despre activitatile, tehnologiile de asistenta si informatiile generale legate de toate tipurile de infirmitati. De notat ca informatiile sunt in format video, avand descrieri audio. Folosirea WWW ca mecanism de raspandire a informatiilor are doua componente: acoperirea unui spatiu cat mai mare si accesibilitatea. Atat televiziunea pe Web Network, cat si Able Channel pun la dispozitie aceasta tehnologie prin video player G2 de pe Real Network. O data cu implementarea server-ului soft la Real Network's G2 posibilitatea de a oferi imagini video prin Web *via* tehnicile video poate fi realizata de oricine.

The Screen Magnifiers Hompage

Acesta este site-ul in care se pot gasi informatii despre programele de marire a caracterelor pe ecran si demo-uri.

Tell Us Your Story Discussion Forum

Discutii despre experientele personale privind incapacitatile (http://www.tell-us-your-story.com/).

Deborah Quilter's RSIHelp.com Site

Repetitive Strain Syndrome (RSI, http://www.rsihelp.com/) este una dintre infirmitatile care se raspandesc cel mai mult in lume, in special din cauza folosirii excesive a calculatoarelor.

The World Health Organization Statistical Information System (WHOSIS)

WHOSIS (http://www.who.int/whosis/) este site-ul ce ofera date statistice despre sanatate si despre incapacitate din toata lumea.

Alte site-uri informative

The Adaptive Device Locator System (ADLS)

http://www.acsw.com/ad1sweb1.html

Talking Newspaper Association, UK

http://www.tnauk.org.uk/